

Aus der Psychiatrischen Klinik
der Freien Universität Berlin
Direktor: Prof. Dr. H. Helmchen

Untersuchung der Einstellung gegenüber
'Geisteskranken' bei stationär behandel-
ten Patienten einer Psychiatrischen
Universitätsklinik

Inaugural - Dissertation

zur Erlangung der medizinischen Doktorwürde
an den Medizinischen Fachbereichen
der Freien Universität Berlin

vorgelegt von
Roland Urban
aus Frankfurt am Main

1976

Aus der Medizinischen Klinik
der Freien Universität Berlin
Stabschef: Prof. Dr. H. Hartmann

Untersuchung der Einstellung gegenüber
Gefahrenstoffen bei stationär behandel-
ten Patienten einer Psychiatrischen

Universitätsklinik

Digitized by the Internet Archive
in 2026

Integral - Universität

Das Integral der Universität ist ein Projekt
des Bundesministeriums für Bildung und
Wissenschaft (BMBF) und der
Landesregierung von Berlin.

Verlag von

Verlag Urban

und Schwarzenberg

https://archive.org/details/IA41549013_0014

Aus der Psychiatrischen Klinik
der Freien Universität Berlin
Direktor: Prof. Dr. H. Helmchen

Untersuchung der Einstellung gegenüber 'Geisteskranken' bei stationär behandel- ten Patienten einer Psychiatrischen Universitätsklinik

Inaugural - Dissertation

zur Erlangung der medizinischen Doktorwürde
an den Medizinischen Fachbereichen
der Freien Universität Berlin

vorgelegt von
Roland Urban
aus Frankfurt am Main

Referent: Professor Dr. H. Helmchen
Korreferent: Professor Dr. W. Keup



Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen
Fachbereiche der Freien Universität Berlin

Promoviert am 13. Dezember 1976

Inhaltsverzeichnis

	Seite
I Einleitung und Fragestellung	1
II Methodik	
A Durchführung	8
B Population	9
C Angewandte Verfahren	12
1. Benutzte Fragebogen	12
2. Auswertungsverfahren	18
D Probleme bei der Durchführung	19
E Protokoll während der Befragung	24
III Ergebnisse	
A Auszählverfahren	28
B Cluster-Analyse	64
IV Diskussion	
A Diskussion der Methodik	84
B Diskussion der Ergebnisse	86
1. Überprüfung der Hypothesen	86
2. Diskussion der Cluster-Analyse	111
V Zusammenfassung	119
VI Literaturverzeichnis	123
Anhang : Die verwendeten Fragebogen	

I Einleitung und Fragestellung

"Auf das durchdringende Angstgeschrei, das ich ausstieß, stürzten Diener hinein und warfen sich herüber den Wahnsinnigen! Der schlug sie aber mit Riesenkraft zu Boden. In demselben Augenblick polterte und klirrte es aber die Treppe herauf, ein großer, starker Mann sprang hinein mit dem Ausruf: "Jesus, er ist mir entsprungen! Jesus, das Unglück! - Warte, warte, Höllenkerl!" - Sowie der Wahnsinnige diesen Mann gewährte, schienen ihn plötzlich alle Kräfte zu verlassen, heulend stürzte er zu Boden. Man legte ihm die Ketten an, die der Mann mitgebracht, man führte ihn fort, indem er entsetzliche Töne ausstieß, wie ein gefesselttes wildes Tier." (21)

In den 150 Jahren, die seit dieser Beschreibung eines "Irren" vergangen sind, hat sich an den Vorstellungen, die sich die Bevölkerung von "Geisteskranken" macht, offenbar nicht viel geändert. So bezeichneten 1961 in den USA Gesunde bei einer Befragung psychisch Kranke im Gegensatz zu Normalen als "wertlos, schmutzig, gefährlich, kalt, unberechenbar". Die stärksten Unterschiede zwischen Normalen und "Geisteskranken" fanden sich bei den Begriffspaaren "berechenbar - unberechenbar" und "gespannt - gelöst" (41). Entsprechend interpretierte HAUCK die bei einer Umfrage 1967 erfolgte Einordnung von Epi-

leptikern als "geisteskrank" oder "verrückt" als Erklärungsversuch des "dem Laien unverständlichen, nicht vorhersehbaren und kalkulierbaren Verhaltens des Epileptikers" (20).

Das Problem der Einstellung gegenüber "Geisteskranken" fand in den letzten Jahren zunehmendes Interesse und es wurden - besonders in den USA - die Allgemeinheit und auch verschiedene Berufsgruppen des Gesundheitssektors hierzu befragt, so daß eine ganze Reihe von Arbeiten vorliegen, z.B. von BENTZ, CAROZZO, FRACCHIA, KURTZ, LEVINE, MORGAN, RAMSEY, SCHNEIDER und WIESER, SPIRO, STARR, van WEERDEN, um nur einige zu nennen.

In den Jahren 1966 und 1967 führten JAECKEL und WIESER (25) eine Befragung in Bremen durch. Die zu dem Themenkreis "Geisteskranke" Befragten waren Bremer Bürger, nach einem Zufallsverfahren aus der Einwohnermeldekartei ermittelt. Den Autoren schien nach der Umfrage "als allgemeinstes deskriptives Ergebnis festzustehen, daß die Dimension der Unverständlichkeit und der Unberechenbarkeit" für die Beurteilung des Geisteskranken bezeichnend sei (25).

Allmählich nahm auch das Interesse an Meinungen und Vorstellungen zu, die die Patienten selbst der "Geisteskrankheit" oder auch Nervenkliniken gegenüber haben, jedoch bleiben die Veröffentlichungen über Untersuchungen in diesem Bereich zahlenmäßig hinter den Versuchen zurück, die Einstellung von Gesunden

gegenüber "Geisteskranken" zu erhellen.

Es wurden verschiedene Aspekte des Problems "Einstellung von Patienten" untersucht, so z.B. die Einstellung der Patienten gegenüber Nervenkliniken (23, 35, 48), ihre Äußerungen zum jeweiligen Aufnahmemodus (18), Haltung gegenüber den Behandlungsmethoden in Nervenkliniken (9, 18), Ansichten zum therapeutischen Effekt (59), Vorstellungen über Therapeuten (18, 47), zu sozialen Kontakten der Patienten untereinander (7, 8), das soziale Bewußtsein von Patienten (37) und auch die Vorstellungen von Patienten über Geisteskrankheiten in Abhängigkeit von ihrer Klassenzugehörigkeit (58).

Trotzdem schrieben noch 1972 LOWENKOPF und GREENSTEIN in einer Untersuchung darüber, "Wie Patienten eines 'State Hospitals' ihre Krankheit sehen", daß es trotz der "großen Zahl von psychiatrischen Patienten, des sich ständig verbreiternden Spektrums von Therapien und der riesigen Kosten in der Krankenhauspflege" nur wenige Untersuchungen darüber gebe, "wie der Patient die Dinge sieht, was er glaubt, was ihm fehlt und was nach seiner Meinung mit ihm getan werden sollte" (36, eig. Übers.).

Im gleichen Jahr beklagte auch BEUTTENMÜLLER (4), der die Patienten an einer psychiatrisch-neurologischen Poliklinik über ihre Einstellung zu Geisteskranken befragte, daß es keine Untersuchungen zu dieser Frage gebe.

Wenn es aber richtig ist, daß Vorstellungen, die sich Patienten von einer Nervenlinik und deren Bewohnern machen, - ebenso wie Vorurteile gegenüber Geisteskranken - Ängste hervorrufen (und dadurch Abwehrmechanismen in Gang setzen) und das Klima einer Station oder einer Klinik beeinflussen, dann ist die Kenntnis dieser Vorstellungen wichtig. Offenbar gibt es auch Zusammenhänge zwischen der diagnostischen Zuordnung von Patienten und ihren Einstellungen. So fanden sich beispielsweise bei Alkoholikern und Nicht-Alkoholikern Unterschiede in den Einstellungen gegenüber Nervenkliniken (23). Ohne genaueres Wissen über solche Einstellungen der Kranken und offenbar vorhandene Unterschiede in den Einstellungen verschiedener Patientengruppen wird es nicht möglich sein, sich hieraus ergebende Probleme gezielt anzugehen und zu versuchen, sie in ihrer Relevanz für das angestrebte Therapieziel abzuschätzen. Trotz erheblicher methodologischer Schwierigkeiten und praktischer Probleme beim Versuch der Ergründung von Einstellungen und Vorurteilen der Patienten scheint es deshalb wichtig, auf diesem Gebiet mehr Wissen zusammenzutragen; schließlich sind die Patienten ja die "Hauptpersonen" bei unseren Bemühungen und Aktivitäten. Es schien daher lohnend, die stationär behandelten Patienten einer Psychiatrischen Universitätsklinik zu ihrer Einstellung gegenüber "Geisteskranken" zu

befragen und die Ergebnisse - soweit möglich - zwischen verschiedenen Untergruppen miteinander und mit den von anderen Bevölkerungsgruppen gewonnenen zu vergleichen. Hierzu bot sich besonders die umfangreiche Untersuchung der Bremer Bevölkerung durch JAECKEL und WIESER (25) an sowie der "Versuch zur Erforschung der Einstellung gegenüber psychisch Kranken", in dem CAROZZO (10) 1971 das Personal der Psychiatrischen Klinik II der FU Berlin befragte.

Dabei sollten speziell folgende Hypothesen geprüft werden :

- 1) Patienten, die sich zum ersten Mal in einer Psychiatrischen Klinik befinden, unterscheiden sich in ihrer Einstellung nicht wesentlich von der Öffentlichkeit, wie sie z.B. von JAECKEL und WIESER (24) beschrieben wurde.

Begründung: Eine Erklärung dieses Phänomens könnte darin liegen, daß die erstmals aufgenommenen Patienten die "Diagnose" Geisteskrankheit als für sich nicht zutreffend ansehen.

- 2) Patienten, die sich bereits mehrfach in nervenklinischer Behandlung befanden, unterscheiden sich in ihrer Einstellung von erstmals Aufgenommenen.

Begründung: Die wiederholte Erfahrung psychiatrischer Behandlung und der eigenen Remission, der intensivere Kontakt mit der "Institution Klinik" und den Mitpatienten wird nicht ohne Einfluß auf

die Einstellung sein.

- 3) Jüngere Patienten zeigen in ihrer Einstellung gegenüber "Geisteskranken" ein geringeres Maß an Ablehnung als ältere.

Begründung: Bei dem in neuerer Zeit stark zunehmenden positiven Interesse an psychiatrischen Problemen mit der entsprechenden publizistischen Aufbereitung in den Massenmedien ist ein Einfluß auf die Einstellung zu erwarten. Auch ist bei den jüngeren Patienten eher ein verstärktes Engagement für den schwachen, den kranken Mitmenschen als Selbstheilungsversuch denkbar mit daraus resultierender geringerer Ablehnung von Geisteskranken.

- 4) Es besteht ein Zusammenhang zwischen dem sozio-ökonomischen Hintergrund der Befragten und ihrer Einstellung gegenüber psychisch Kranken.

Begründung: Es finden sich in der Literatur Hinweise (10, 24, 25) darauf, daß sozio-ökonomische Faktoren die Einstellung von Befragten gegenüber "Geisteskranken" - zumindest in der Verbalisierung - beeinflussen, so daß die Befragten mit dem besseren sozio-ökonomischen Hintergrund weniger Ablehnung gegenüber den psychisch Kranken zeigen.

- 5) Schizophrene haben eine von anderen Patientengruppen unterscheidbare Einstellung.

Begründung: In der Literatur finden sich Hinweise (2, 11) darauf, daß Schizophrene zu einer "moralisierenden" Einstellung gegenüber "Geisteskranken"

tendieren sollen.

II Methodik

A Durchführung

Es wurden die stationär behandelten Patienten der Psychiatrischen Klinik der FU Berlin in einem Zeitraum von 8 Monaten (in der Zeit vom 15. Dezember 1971 bis zum 15. August 1972) befragt. Aufgenommen wurden in dieser Zeit 317 Patienten. Nicht in die Untersuchung einbezogen wurden ausländische Patienten mit mangelhaften Deutschkenntnissen, oligophrene und demente Patienten, sowie alle diejenigen, für die die Befragung eine zu große Belastung dargestellt hätte wie z.B. schwer Depressive oder erregte Psychotiker. Die Entscheidung über die Teilnahme an der Befragung traf der jeweilige Stationsarzt.

Da angenommen werden konnte, daß nach einigen Tagen der Behandlung die Anzahl der für die Befragung nicht geeigneten Patienten geringer sein würde als während der ersten drei Tage des Aufenthaltes in der Klinik, wurde die Befragung in der auf die Aufnahme folgenden Woche - jeweils am Dienstag vormittag - durchgeführt. Es lagen also zwischen Aufnahme und Befragung eines Patienten immer mindestens drei und höchstens zehn Tage. Zu jedem Befragungstermin wurden alle in Frage kommenden Patienten (im Durchschnitt vier bis sechs) im Konferenzraum der Klinik versammelt und gemeinsam befragt.

Die kleinste Gruppe bestand aus nur drei Patienten,

die größte aus elf. Ein Zusammenhang zwischen der Anzahl der gleichzeitig Befragten und der Anzahl der nicht verwertbar ausgefüllten Fragebogen ließ sich nicht feststellen. Nachdem alle Patienten Platz genommen hatten, wurden die Fragebogen - in der gleichen Reihenfolge zusammengeheftet, wie sie sich am Ende dieser Arbeit als Anhang finden - verteilt.

Zur Einführung wurde jeder Gruppe erklärt, daß es um eine Befragung über die "ganz persönliche Meinung zu dem Problem "Geisteskrankte" gehe, und daß außer dem Untersucher, der zu dieser Zeit nicht zum Klinikpersonal gehörte, niemand erfahren werde, welche Meinung welcher der Patienten geäußert habe. Die Patienten wurden außerdem aufgefordert, während des Ausfüllens der Fragebogen nicht zu reden und sich im Falle von Unklarheiten an den Untersucher zu wenden.

B Population

In die Befragung wurden 175 Patienten einbezogen, 110 Männer (53 von einer geschlossenen, 57 von einer offenen Station) und 65 Frauen (31 von einer geschlossenen, 34 von einer offenen Station). Das Durchschnittsalter der Männer lag bei 34,1 Jahren, das der Frauen bei 41,2 Jahren.

Zum Zeitpunkt der Befragung befanden sich 41 % der befragten Patienten (= 71 Pat.) zum ersten Mal in

einer psychiatrischen Klinik, für 19 % (= 33 Pat.) war es der zweite Aufenthalt. 40 % (= 70 Pat.) waren zum dritten Mal - oder noch häufiger - in nervenklinischer Behandlung.

In der folgenden Tabelle sind die bei den befragten Patienten gestellten Diagnosen nach ihrer Häufigkeit aufgeführt, wobei nur die Erstdiagnosen berücksichtigt wurden, die öfter als viermal gestellt wurden.

Tab. 1 Verteilung der Patientenzahlen auf die sechs größten Diagnosegruppen

DIAGNOSEGRUPPE	ICD-NR.	N (♂ / ♀)
Schizophrenie	295	48 (32 / 16)
Neurosen	300	42 (27 / 18)
Affektive Psychosen	296	21 (8 / 13)
Alkoholismus	303	12 (9 / 3)
Medikamentenabhängigkeit	304	12 (10 / 2)
Paranoide Syndrome	297	9 (4 / 5)

Daten zum sozio-ökonomischen Hintergrund wurden dem - in der Psychiatrischen Klinik II routinemäßig ausgefüllten - AMP-Bogen 1 (1) entnommen. Aus Gründen der Praktikabilität wurden nur die Daten für Schulbildung, Berufsausbildung und berufliche Stellung benutzt. Durch die Beschränkung auf diese Daten ging sicher eine Anzahl wichtiger Informationen verloren. Das mußte jedoch in Kauf genommen werden, da eine

extensivere Datenerhebung in diesem Bereich den Rahmen dieser Untersuchung gesprengt und ihre Möglichkeiten überschritten hätte.

Im folgenden sind Informationen zu Schulbildung, Berufsausbildung und beruflicher Stellung in tabellarischer Übersicht aufgeführt.

Tab. 2 a

SCHULBILDUNG (nach AMP, modifiziert)	N	%
0 entfällt, bzw. keine	0	.00
1 Schule < 6 Jahre / Hilf-Sondersch.	7	.04
2 Volksschule	99	.57
3 Höhere Schule	39	.22
4 Abitur	30	.17

Tab. 2 b

BERUFSAUSBILDUNG (nach AMP)	N	%
0 entfällt, bzw. keine	17	.10
1 angelernt	23	.13
2 Lehre	92	.53
3 Fachschule	24	.14
4 Hochschule	18	.10
5 andere	1	.01

Tab. 2 c

BERUFL. STELLUNG BEI BEFRAGUNG (nach AMP)	N	%
0 entfällt, bzw. keine	93	.53
1 selbständig	2	.01
2 entfällt (Angaben widersprüchlich)	2	.01
3 unselbst. untergeordn. Stellung	56	.32
4 unselbst. mittlere Stellung	15	.09
5 unselbst. gehobene Stellung	4	.02
6 unselbst. leitende Stellung	3	.02

C Angewandte Verfahren

1. Benutzte Fragebogen

Durch die Befragung sollte versucht werden, etwas über die Einstellung der Patienten gegenüber "Geisteskranken" zu erfahren, und die Ergebnisse sollten mit Befragungsergebnissen Gesunder verglichen werden, um die Hypothesen prüfen zu können. Es wurden daher Fragebogen benutzt, die bei der Befragung von Gesunden bereits angewandt worden waren, und zwar von JAECKEL und WIESER (25) bei einer Befragung der Bremer Bevölkerung und von CAROZZO (10) bei einer Befragung des Personals der Psychiatrischen Klinik der FU Berlin.

Im einzelnen kamen folgende Verfahren zur Anwendung :

a) Custodial Mental Illness Ideology Scale

(s. Anhang 1)

Es wurde die von CAROZZO angefertigte Übersetzung der von GILBERT und LEVINSON (15) entwickelten Skala benutzt. Diese Skala dient der Messung von Einstellungen der Befragten gegenüber verschiedenen Therapiestilen, die in der Behandlung psychiatrischer Patienten möglich sind. Dabei soll besonders zwischen einer mehr "humanitären" (humanistic), an den Nöten und Wünschen der einzelnen Patienten orientierten und einer mehr "verwahrenden" (custodial), die Patienten isolierenden, Vorstellung von der Behandlung psychiatrischer Patienten unterschieden werden (46).

Es müssen dabei zu 20 Feststellungen über die Behandlung von psychisch Kranken Zustimmung oder Ablehnung geäußert werden, wobei die Antwortmöglichkeiten in jeweils 6 Stufen vorgegeben sind, die sich von "ich stimme völlig zu" über "ich stimme ein bißchen zu" und "ich bin ein bißchen anderer Meinung" bis "ich bin völlig anderer Meinung" erstrecken. (Siehe Anhang)

Bei der praktischen Durchführung wurde folgendermaßen verfahren: In den Fragebogen fand sich hinter jeder Behauptung ein Kreis, in den - entsprechend einem auf separatem Blatt gegebenen Beispiel - das Maß der Zustimmung bzw. Ablehnung als Buchstabencode eingetragen werden mußte, wobei A für völ-

lige Zustimmung und F für eine gänzlich andere Meinung stand. An einem fiktiven Beispiel ("Männer fahren besser Auto als Frauen") wurden die Markierungsmöglichkeiten erklärt.

Die von SHAW und WRIGHT für die CMI-Skala vorgeschlagenen Markierungen (von +3 über +1, -1 bis -3) wurden nicht benutzt, da hier eine zusätzliche Fehlermöglichkeit - wie z.B. Vergessen des Vorzeichens - zu liegen schien. Der Plan, statt dessen eine durchgehende Numerierung von 1 bis 6 zu benutzen, wurde verworfen, da die Numerierung an Schulzensuren erinnerte. Dabei hätte die Gefahr bestanden, daß bei einem Teil der Befragten nicht eine möglichst uneinflusste Meinungsäußerung zu den aufgestellten Behauptungen erfolgt wäre, sondern eine Bewertung durch "Zensuren" statt durch codierte Zustimmung oder Ablehnung.

Zur Bewertung der Antworten wurden - entsprechend der Angabe bei SHAW und WRIGHT (46) - 7 Punkte für A gesetzt, 6 für B, 5 für C, 4 bei fehlender Antwort, 3 für D, 2 für E und 1 Punkt für F. Bei der Berechnung der Punkte für die "humanitären" Behauptungen (Items 4, 9 und 12 der Skala) wurde die Bewertung umgekehrt, so daß der Score umso höher wurde, je stärker verwahrende Praktiken als Behandlungsmodus in Nervenkliniken bejaht werden.

Der Score für die Einstellung ist der Mittelwert der Punktzahlen der einzelnen Feststellungen. Dieser

Wert wird dann mit 10 multipliziert, um ihn leichter mit den Scores anderer Skalen vergleichen zu können.

Der Gesamtscore kann sich in einem theoretisch möglichen Bereich von 10 bis 70 bewegen.

Die Reliabilität nach der Split-half-Methode wird bei SHAW und WRIGHT (46) mit .85 (für das englischsprachige Original) angegeben. Angaben über die Reliabilität der deutschen Version der Skala fehlen.

b) Skala der sozialen Distanz (SD)

(s. Anhang 2)

Die Skala der sozialen Distanz wurde wörtlich von CAROZZO übernommen, die die von BOGARDUS entwickelte Skala nach einer von CRESPI benutzten Form für den eigenen Gebrauch übersetzt und modifiziert hatte (10). Während diese Skala meist zur Messung der Distanz gegenüber ethnischen Minderheiten benutzt wird (30), sollte im vorliegenden Fall die Distanz gegenüber den Gruppen "Geisteskranke", "Asoziale" und "Verbrecher" gemessen werden. Dabei sollten die Befragten aus 7 vorgegebenen Einstellungsmöglichkeiten gegenüber jeder der drei oben erwähnten Gruppen jeweils diejenige auswählen, von der sie selbst glaubten, daß sie der eigenen Einstellung am ehesten entspreche.

Trotz der Schwächen des Verfahrens (willkürliche Skalierung der sozialen Distanz und unterschiedli-

che Dimensionen der Intimitätsgrade (22)), fehlender Äquidistanz der Skala in den sozialen Distanzmaßen schien es wichtig, diese Skala mitzubenutzen, um hieran zu versuchen, Unterschiede in der sozialen Distanz gegenüber "Geisteskranken" zu finden, die zwischen den 1969 von CAROZZO befragten Angestellten der Psychiatrischen Klinik II und den Patienten dieser Klinik bestehen könnten.

Der Score wurde ermittelt, indem die jeweils markierte Feststellung in einen positiven oder negativen Wert übertragen wurde. Dabei zählte die erste Behauptung +3, die nächste +2, die dritte +1, die vierte 0, die fünfte -1, die sechste -2 und die letzte -3. +3 steht also für die geringste durch diese Skala erfaßbare soziale Distanz, -3 für die größte.

c) Fragen zur Kontaktbereitschaft

(s. Anhang 3)

Diese Fragen wurden zum Vergleich mit einer gesunden Population aus der Befragung der Bremer Bevölkerung durch JAECKEL und WIESER (25) übernommen. Aus Gründen sprachlicher Klarheit wurden die bei diesen Autoren jeweils am Ende der Frage stehenden rhetorischen Verneinungen weggelassen; also statt "Würden Sie Ihre Kinder einem ehemaligen Patienten einer Nervenklinik zur Aufsicht anvertrauen, oder nicht?" nur

"Würden Sie Ihre Kinder einem ehemaligen Patienten einer Nervenklinik zur Aufsicht anvertrauen?".

Aus dem gleichen Grund wurde auch die bei JAECKEL und WIESER (25) mit "teils - teils" angegebene Antwortmöglichkeit in "unter Umständen" abgewandelt. Im übrigen wurden die Fragen unverändert übernommen.

Ein Nachteil scheint auch hier die willkürliche Skalierung zu sein wie auch "die Begrenzung der Bewertungspositionen auf nur drei Möglichkeiten (Zustimmung, bedingte Zustimmung und Ablehnung)" (25).

d) Polaritätsprofil (PP)

(s. Anhang 4)

Dieses Verfahren wurde 1952 von OSGOOD (42) als "semantic differential" beschrieben und in Deutschland vor allem durch die Veröffentlichungen HOFSTÄTTERS unter dem Namen "Polaritätsprofil" bekannt.

Hierbei sollten die Befragten auf einer siebenstufigen Skala (sehr - ziemlich - etwas - weder/noch - etwas - ziemlich - sehr) 30 Wortpolaritäten auf einen angegebenen Begriff anwenden (siehe auch Anhang), und zwar sollten mit den gleichen 30 Wortpaaren jeweils der "Geisteskranke", der "Gesunde" und der "Patient einer Nervenklinik wie dieser" beurteilt werden. Hierfür wurden die von JAECKEL und WIESER (25)

benutzten Gegensatzpaare wörtlich übernommen, es wurde lediglich hinter dem Begriff "labil" in Klammern der Zusatz "schwankend" gemacht.

Besonders das Polaritätsprofil zum "Geisteskranken" sollte mit den Befunden von JAECKEL und WIESER (25) verglichen werden sowie auch das zum Gesunden mit dem Selbstbild des Bremers.

Bei dem dritten Polaritätsprofil (Patient einer Nervenklinik wie dieser) konnte erwartet werden, daß in die Zuordnung der Gegensatzpaare die Selbsteinschätzung der Befragten mit eingehen würde, so daß es interessant schien, dieses Profil mit dem des "Geisteskranken" und dem des Gesunden zu vergleichen, obwohl klar war, daß sich die Ergebnisse nur mit großer Vorsicht interpretieren lassen.

2. Auswertungsverfahren

Die verwertbaren Fragebogen wurden für die maschinelle Auswertung codiert und dann mit den ebenfalls codierten - Daten zur Person der einzelnen Patienten auf Lochkarten übertragen, so daß für jeden Patienten zwei Lochkarten vorhanden sind, die die hier interessierenden Informationen zur Person und die Antworten der Fragebogen enthalten.

Das Datenmaterial wurde mit Hilfe einer EDV - Anlage in zwei getrennten Arbeitsgängen nach verschiedenen Verfahren bearbeitet, und zwar wurde

- a) in einem Auszählverfahren eine Auswertung der Informationen über die gemäß den Kriterien der Hypothesen gebildeten Gruppen von Patienten vorgenommen (Signifikanzprüfung: t -Test) und
- b) wurden aus dem gleichen Material Cluster gebildet (26). Die Ergebnisse dieser Cluster wurden dann einem Profilvergleich (31) unterzogen (Signifikanzprüfung: χ^2).

D Probleme bei der Durchführung

Es war zu erwarten, daß die Befragung von - zum Teil akut kranken - Patienten einer Nervenklinik mit Hilfe eines (mit 12 Seiten recht umfangreichen) Fragebogens schwierig sein würde. Es stellte sich jedoch erst während der Befragung heraus, daß die größten Schwierigkeiten im richtigen Ausfüllen des Polaritätsprofils lagen. Es war offenbar für viele Patienten eine besondere Belastung und weckte - wohl wegen seines relativ großen Umfangs (3 x 30 Items) - die stärksten Widerstände.

Während bei den übrigen angewandten Verfahren der Beantwortungsmodus leicht zu verstehen war, gab es bei den Polaritätsprofilen größere Schwierigkeiten, obwohl nach der Verteilung der Bogen jeweils das Beantwortungsverfahren erklärt wurde. Für das Polaritätsprofil wurden - wie auch für die übrigen Skalen -

die Erläuterungen mündlich in halbstandardisierter Form gegeben. Zusätzlich wurde für die Erklärung des Polaritätsprofils eine Skizze eines Beispiels auf einer im Befragungsraum befindlichen Tafel benutzt (Italien als Reiseland: teuer - billig, warm - kalt). Es wurde dabei betont, daß es nicht darauf ankomme, objektives Wissen über den jeweiligen Begriff (im Beispiel: Italien) darzustellen, sondern alleine darauf, die eigene Vorstellung davon, wie es sein könnte, abzubilden.

Aus dem Unverständnis gegenüber dem Verfahren, der Ablehnung der drei optisch ungünstigen Polaritätsprofile mit ihren insgesamt 90 Gegensatzpaaren und wohl auch aus der Tatsache, daß die Polaritätsprofile am Ende der ca. 75 Minuten dauernden Befragung standen, die von den größtenteils unter Medikamentenwirkung stehenden Patienten ein recht großes Maß an Konzentrationsfähigkeit verlangte - aus allen diesen Faktoren erklärt sich wohl der vergleichsweise große Anteil an nicht verwertbar ausgefüllten Polaritätsprofilen (siehe Tabelle 3).

Tab. 3 Verwertbarkeit der Polaritätsprofile

Polaritätsprofil	nicht verwertbar (%)
"Geisteskranker"	.23
"Gesunder"	.32
"Patient einer Nervenlinik wie dieser"	.30

Bei den übrigen benutzten Skalen war der Anteil an nicht verwertbaren Ergebnissen deutlich geringer, wie die folgende Tabelle 4 zeigt :

Tab. 4 Verwertbarkeit der übrigen Skalen

Skala	nicht verwertbar (%)
Mental Illness Ideology Scale	.05
Skala der sozialen Distanz	
zum "Geisteskranken"	.03
zum Asozialen	.05
zum Verbrecher	.05
Fragen zur Kontaktbereitschaft	.04

Mehr als die Hälfte der Patienten war diagnostisch entweder der Gruppe der Schizophrenien (ICD 295) oder den neurotischen Krankheitsbildern (ICD 300) zugeordnet worden. Deshalb wird im folgenden der Anteil an nicht verwertbar (oder überhaupt nicht) ausgefüllten Fragebogen für diese beiden Diagnosegruppen angegeben :

Tab. 5 Verwertbarkeit der von Schizophrenen und Neurotikern ausgefüllten Fragebogen

Nicht verwertbare Fragebogen	Diagnose (%)	
	Schizophrenie	Neurose
Polaritätsprofil		
Geisteskranker	.10	.05
Gesunder	.12	.07
Pat. einer Nerven- klinik wie dieser	.11	.07
Mental Illness Ideology Scale	.02	.01
Skala der sozialen Distanz		
zum Geisteskranken	.02	.005
zum Asozialen	.02	.01
zum Verbrecher	.02	.01
Fragen zur Kontaktbereitschaft	.02	.005

Bei der Beurteilung der Verwertbarkeit der Custodial Mental Illness Ideology Scale ergaben sich keine Schwierigkeiten, da die Patienten diese Fragebogen entweder verwertbar oder aber offensichtlich nicht verwertbar - z.B. mit Kreuzchen wie auf Wahlzetteln - markiert hatten.

Bei den 3 Bogen der Skala der sozialen Distanz galten (neben den nicht ausgefüllten Bogen) alle die als nicht verwertbar, auf denen mehr als je eine Markierung gemacht worden war - es sei denn, eine Markierung war deutlich als einzig gültige hervorgehoben. Dies geschah beispielsweise, wenn Patienten erst im Anschluß an Mehrfachmarkierungen fragten, ob dies

wohl möglich sei und ihnen dann gesagt wurde, daß sie sich für eine einzige Aussage zu entscheiden hätten.

Der Bogen mit den 6 Fragen zur Kontaktbereitschaft galt immer dann als verwertbar, wenn zu jeder Frage eine einzige der 3 Antwortmöglichkeiten eindeutig markiert war.

Von den Polaritätsprofilen galten die als nicht verwertbar, die entweder lückenhaft oder überhaupt nicht ausgefüllt waren, oder in einer Weise ausgefüllt waren, aus der hervorging, daß der Betreffende trotz Erklärung den Beantwortungsmodus nicht verstanden hatte (z.B. mehrfache, sich widersprechende Zuordnungen zum gleichen Begriffspaar) und schließlich diejenigen Polaritätsprofile, in denen die Befragten durchgehend bei jedem Gegensatzpaar die gleiche Zuordnung (meist "weder - noch") markiert hatten. Wenn also mehr als 27 der 30 Gegensatzpaare identisch markiert waren, galt das Polaritätsprofil als nicht verwertbar, da sonst nicht klar sein konnte, ob die vorhandenen Zuordnungen echter Ausdruck der Meinung des Betroffenen waren, oder ob es sich um mechanisches Markieren immer des gleichen Wertes handelte. Bei diesem Vorgehen wurde aus Gründen der Operationalisierung bewußt ein Verlust an Information und eine mögliche Verschiebung der Ergebnisse in Kauf genommen.

E Protokoll während der Befragung

Fragen und Einwände der Patienten während der Befragung wurden in einem Stichwortprotokoll festgehalten.

Denjenigen Patienten, die sich nicht in der Lage sahen, die Fragebogen auszufüllen, wurde erklärt, daß sie selbstverständlich nicht gezwungen würden ihre Meinung zu sagen, daß sie aber den Grund für ihre Ablehnung mit wenigen Worten schriftlich niederlegen sollten. Diese Bemerkungen wurden später in das Protokollheft übertragen.

Schließlich machten auch einige Patienten spontan schriftliche Anmerkungen und Zusätze auf den Fragebogen, die ebenfalls nach der Befragung in das Protokollheft übertragen wurden. Zwar entziehen sich diese Notizen einer Auswertung, sie spiegeln jedoch etwas von der Atmosphäre und den Schwierigkeiten bei der Befragung wider.

Der am häufigsten gemachte Einwand betraf die angeblich viel zu allgemein gehaltenen Fragen und/oder verwendeten Begriffe:

"Geisteskranke können genauso unterschiedlich sein wie Gesunde", "Wer ist heutzutage schon noch gesund?", "Es gibt doch verschiedene Arten von Geisteskranken, welche sind denn hier gemeint?", "Alle Menschen können so oder so sein", "Manche Geisteskranken muß man einsperren, anderen würde man damit schaden",

"Wann ist denn jemand asozial?", "Heutzutage sind manche Studenten schlimmer als Asoziale".

Ein Patient meinte, er könne sich zu dem Begriff "Verbrecher" nicht äußern, denn "wenn der Verbrecher gesühnt hat, muß man ihn ansehen wie einen Unschuldigen, und wenn er nicht gesühnt hat, kommt es ganz drauf an, was er verbrochen hat".

Mehrfach wurde von den Befragten die Befürchtung geäußert, sich durch das Ausfüllen irgendwie "festgelegt" zu haben, jemanden abzustempeln oder Vorurteile weiter zu verbreiten. Verschiedentlich befürchteten die befragten Patienten auch "etwas falsches" zu sagen. Sie meinten z.B.: "Ich habe in diesen Dingen keine Erfahrung", "Ich kann das nicht beurteilen als Laie", "Ich bin kein Fachmann in solchen Fragen", und eine ältere Patientin beklagte sich darüber, daß sie als fast achtzigjährige Frau, die ein Leben lang gearbeitet habe, so schwierige Sachen gefragt werde und sagte: "Wir haben doch Ärzte - die sollen sich um Geisteskranke kümmern und sie in den Irrenanstalten versorgen. Die können solche Fragen besser beantworten." "

Trotz dieser häufigen Hinweise auf fehlendes Fachwissen fragten nur 2 der 175 Patienten, was denn ein Schizophrener (Item 17, 1. Fragebogen) sei. Gelegentlich fühlten sich Patienten körperlich nicht in der Lage, die Bogen auszufüllen. So klagten 3 über derart ausgeprägte Sehstörungen - wohl bedingt

durch neuroleptische Medikation - , daß sie abbrechen mußten.

2 Patienten hatten ihre Brillen nicht mit in die Klinik gebracht und fühlten sich deshalb beim Ausfüllen der Bogen sehr beeinträchtigt. Ein Patient klagte über "ständige optische Halluzinationen", die "sehr nervös machen, so daß ich gar nicht richtig ankreuzen kann", ein Patient kam mit seinem Hörgerät nicht zurecht, 'das in unregelmäßigen Abständen schrille Pfeiftöne produzierte, und eine Patientin schließlich fühlte sich so "schlapp", daß sie abbrechen mußte, da sie wegen einer Laboruntersuchung noch nüchtern war.

Die von den Patienten schriftlich gegebenen Begründungen für die Weigerung, die Fragebogen ganz oder teilweise auszufüllen, ähnelten den oben wiedergegebenen mündlich gemachten Äußerungen. "Es kommt immer auf den Einzelnen an" und "Alles von Fall zu Fall verschieden" sollen hier als typisch stehen für den verschiedentlich ausgedrückten Wunsch nach mehr Möglichkeit zu differenzierteren Äußerungen. Auch die Begründungen "Ich habe keine genauen Kenntnisse zu diesen Fragen" und "Die Geisteskranken werden von der Gesellschaft falsch beurteilt" finden sich als Erklärung für die Ablehnung der Bogen hier wieder.

Auf den Bogen von Schizophrenen, die in nicht verwertbarer Form markiert hatten oder die Beantwortung

der Fragen ganz ablehnten, fanden sich zum Teil paralogisch und zerfahren anmutende "Erklärungen" und Anmerkungen. So schrieb eine Patientin als Begründung dafür, daß sie die Fragen nicht beantworten könne: "Es ist wohl das Höchste, was es für einen Arzt, einen Krankenpfleger oder eine Schwester geben kann, wenn durch ihre Hilfe Kranke wieder gesund werden." Ein Patient meinte: "Ich werde körperlich ausgebeutet durch das Ausfüllen von Fragebogen.", ein anderer schrieb: "Das ist alles Unfug! Zusammenhang?" Ein Patient schrieb - wohl als Anspielung auf die Versorgung psychisch Kranker - auf seinen nicht ausgefüllten Bogen: "Der soziale Rechtsstaat wird bei uns in der nächsten Generation auch noch nicht erreicht sein.", und eine Patientin schrieb auf einen der Bogen: "Adam und Eva sind schon lange tot." und weigerte sich, dann mehr zu schreiben, da hiermit alle Fragen beantwortet seien.

III Ergebnisse

A Auszählverfahren

1) Entsprechend der Hypothese, daß Patienten, die sich zum ersten Mal in einer psychiatrischen Klinik befinden, sich in ihrer Einstellung gegenüber "Geisteskranken" nicht wesentlich von der Öffentlichkeit - wie z.B. von JAECKEL und WIESER (25) beschrieben - unterscheiden, wurden die erstaufgenommenen Patienten zusammengefaßt.

Im folgenden sind in tabellarischer Form Einzelinformationen zu dieser Gruppe von Patienten aufgeführt.

Tab. 6 Einzelinformationen zur Gruppe
der Erstaufnahmen (%)

Anzahl	N = 70
männlich	.57
weiblich	.43
Altersdurchschnitt	30,0 J.
offene Station	.49
geschlossene Station	.51
Schulbildung	
Hilfs-/Sonderschule, < 6 J.	.06
Volksschule	.63
Höhere Schule	.17
Abitur	.14

Ausbildung	
keine	.11
angelernt	.13
Lehre	.51
Fachschule	.15
Hochschule	.10
Berufli. Stellung	
keine	.50
selbständig	.03
unselbst. untergeord.	.29
mittlere	.09
gehobene	.04
leitende	.03
Diagnose-Gruppe	
Schizophrenie (ICD 295)	.13
Neurosen (ICD 300)	.30
andere	.57
Verwertbarkeit der Fragebogen	
voll	.66
teilweise	.22
unbrauchbar	.04

a) Bei der Auswertung der Fragebogen der erstmals aufgenommenen Patienten zeigt sich in der Custodial Mental Illness Ideology Scale (CMI) ein Wert von 39,1.

Dieser Wert zeigt eine Einstellung, die in der Mitte liegt zwischen der Befürwortung von kustodialen und humanitären Vorstellungen bei der Behandlung von "Geisteskranken".

b) In der Skala der sozialen Distanz beurteilen die erstmals Aufgenommenen von den drei Begriffen

"Geisteskranker", "Asozialer" und "Verbrecher" den ersten mit der geringsten Distanz. Mit dem Wert von 0,8 tendieren sie in ihrer Einstellung zu der Aussage "Ich könnte ihn als Nachbarn akzeptieren" ($= +1$).

Größer ist die Distanz zum "Asozialen", bei dem ein Wert von 0,4 gegeben ist, der eine Einstellung zeigt, die zwischen den Aussagen "... ihn als Nachbarn akzeptieren" ($= +1$) und "... wollte keinen Umgang mit ihm haben" ($= 0$) liegt.

Die Distanz der erstmals aufgenommenen Patienten zum "Verbrecher" ist mit einem Wert von -0,2 noch größer, der unterhalb des Wertes für "... keinen Umgang ..." ($= 0$) liegt und schon eine Tendenz zeigt zu der Aussage "Ich wäre dafür, daß er in eine Anstalt kommt" ($= -1$).

- c) Bei den Antworten auf die Fragen zur Kontaktbereitschaft zeigt sich zunehmende Kontaktbereitschaft - wie zu erwarten war - bei abnehmendem Intimitätsgrad der beschriebenen Situationen. Bei den Antworten galt "ja" als 0, "unter Umständen" als 1 und "nein" als 2. Bei allen Fragen blieben die Werte der erstmals aufgenommenen Patienten unter 1.

In der folgenden Kurve sind die Antwortwerte der Erstaufnahmen dargestellt (Abb. 1).

Würden Sie Ihre Kinder einem ehemaligen Patienten einer Nervenklinik zur Aufsicht anvertrauen?

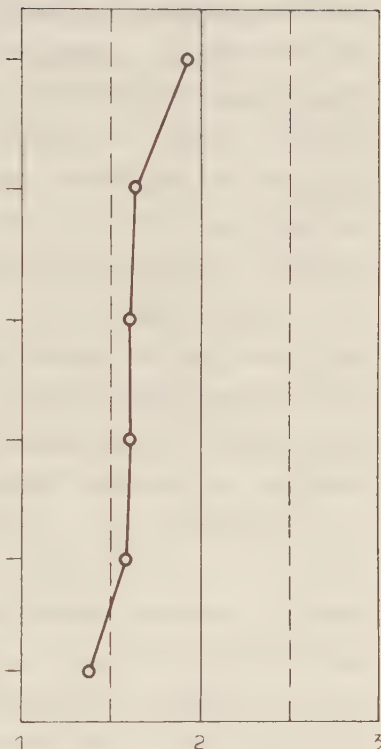
Wären Sie damit einverstanden, daß jemand in Ihre Familie einheiratet, der in einer Nervenklinik gewesen ist?

Wären Sie damit einverstanden, mit jemandem in einer Wohnung zusammenzuleben, der in einer Nervenklinik gewesen ist?

Würden Sie akzeptieren, daß jemand Ihr Vorgesetzter wird, der in einer Nervenklinik gewesen ist?

Wenn Sie eine Wohnung zu vermieten hätten, würden Sie jemand als Mieter nehmen, der in einer Nervenklinik gewesen ist?

Wenn Sie Arbeitgeber wären, würden Sie jemand einstellen, der in einer Nervenklinik gewesen ist?



1= ja

2= unter Umständen

3= nein

○ — ○ Erstmalige Aufnahmen

Abb. 1: Antworten der erstmals Aufgenommenen auf die Fragen zur Kontaktbereitschaft

- d) Bei der Beurteilung des Geisteskranken mit Hilfe des Polaritätsprofils bewegen sich die Markierungen durchgehend in einem mittleren Bereich um die "weder - noch" Marke herum, d.h. die befragten Patienten beziehen bei keinem Item extreme Stellung. Die dezidiertesten Meinungen finden sich bei den Items "stabil - labil", "angesehen - verachtet", "beruhigend - beunruhigend", "berechenbar - unberechenbar", "laut - leise", "verschwommen - klar" und bei "passiv - aktiv", wobei jeweils der negativer getönte Begriff als für den "Geisteskranken" typisch angesehen wurde, was besonders auch bei den Begriffen "unheimlich - vertraut" und "unverantwortlich - verantwortlich" auffällt.

Sehr viel extremer beurteilten die Bremer Bürger auf dem Polaritätsprofil den "Geisteskranken". Die von JAECKEL und WIESER (25) veröffentlichten Werte geben zwar keine Streuungen an, so daß eine Signifikanzberechnung beim Vergleich der Bremer Werte mit denen der erstmals aufgenommenen Berliner Patienten nicht möglich war, jedoch sind die Unterschiede bei vielen Items so groß, daß man davon ausgehen kann, daß sie auch statistisch signifikant sind. Diese Unterschiede finden sich auch bei den Items, bei denen die Tendenz der Bewertung bei den Patienten und den Bremern gleich ist und kommt dadurch zustande, daß die Bremer Bürger

fast durchgehend sich sehr dezidiert äußern.
Dies wird bei der graphischen Darstellung der
Polaritätsprofile auf der folgenden Seite
noch deutlicher.

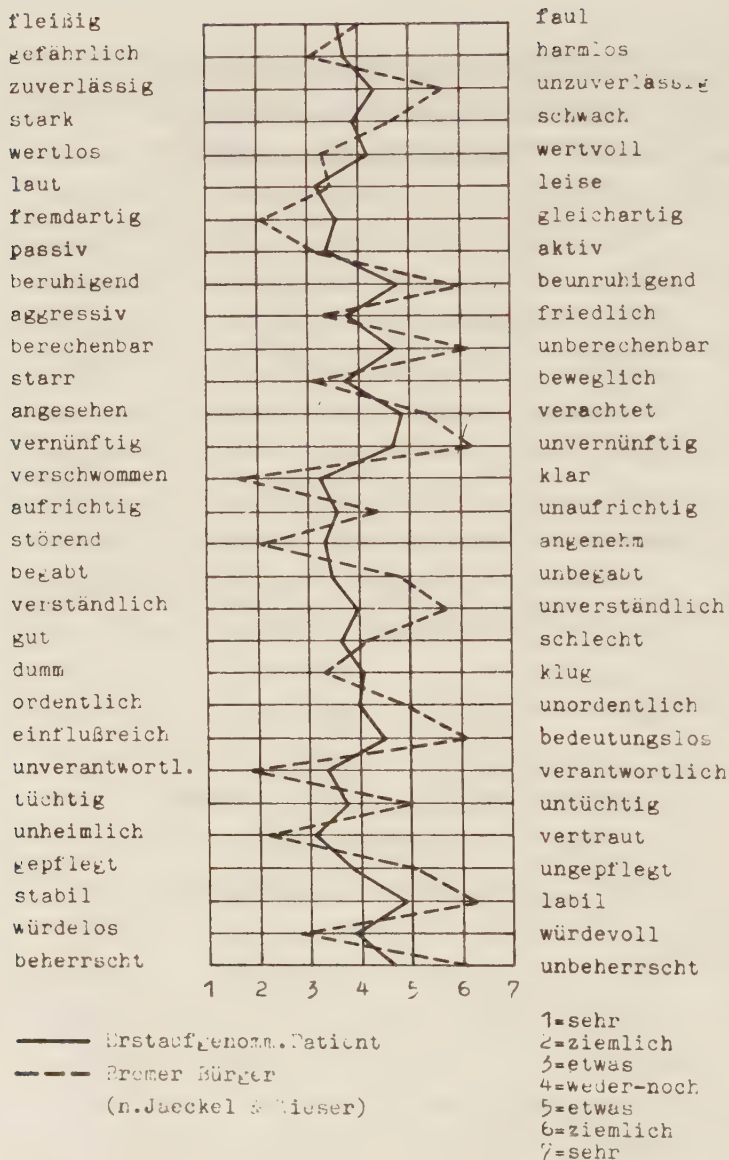


Abb.2: Beurteilung des 'Geisteskranken' durch erstmals aufgenommenen und durch Bremer Bürger (nach Jaeckel und Wieser)

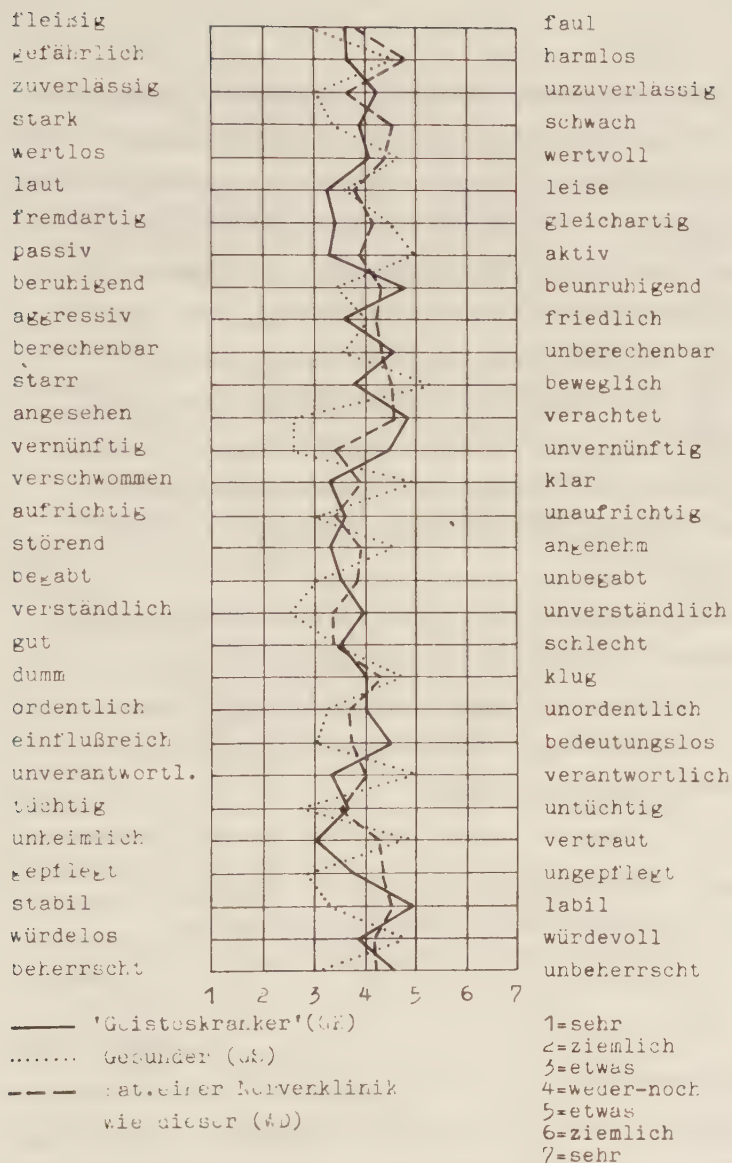


Abb. 3: Der 'Geisteskranker', der Gesunde und der 'Patienten einer Nervenklinik wie dieser' in der Beurteilung durch erstmalig aufgenommene Patienten

2) Zur Überprüfung der zweiten Hypothese, nämlich daß in der Einstellung gegenüber "Geisteskranken" ein Unterschied zwischen erstmals und mehrfach aufgenommenen Patienten durch die unterschiedlich häufige Kontaktnahme mit dem Gesamtbereich "Klinik" und psychiatrischen Patienten entsteht, wurde die Gruppe von Patienten, die sich zum dritten Mal - oder noch öfter - in nervenklinischer Behandlung befanden, in analoger Weise wie die Gruppe der Erst aufgenommenen untersucht und beschrieben. Anschließend wurden die Befunde beider Gruppen miteinander verglichen.

In der folgenden Tabelle sind Hintergrundinformationen zur Gruppe der mehrfach Aufgenommenen aufgeführt und zum Vergleich neben die bereits bekannten (s. Tab. 6) gleichen Informationen der Gruppe der Erst aufgenommenen gestellt.

Tab. 7 Einzelinformationen zu den Gruppen der erstmals und der mehrfach aufgenommenen Patienten (s.a. Tab. 6) (%)

	1. Aufn.	3. (und mehr) Aufn.
Anzahl	N = 70	N = 71
männlich	.57	.69
weiblich	.43	.31
Altersdurchschnitt	30,0 J.	33,5 J.

	1. Aufn.	3. Aufn.
offene Station	.49	.54
geschlossene Station	.51	.46
Schulbildung		
Hilfs-/Sonderschule, < 6 J. Schule	.06	.01
Volksschule	.63	.54
Höhere Schule	.17	.25
Abitur	.14	.20
Ausbildung		
keine	.11	.10
angelernt	.13	.13
Lehre	.51	.48
Fachschule	.15	.20
Hochschule	.10	.10
Berufliche Stellung		
keine	.50	.48
selbständig	.03	-
unselbst. untergeordn.	.29	.35
mittlere	.09	.07
gehobene	.04	-
leitende	.03	-
Diagnose-Gruppe		
Schizophrenie (ICD 295)	.13	.42
Neurosen (ICD 300)	.30	.21
andere	.57	.37
Verwertbarkeit der Fragebogen		
voll	.66	.61
teilweise	.22	.35
unbrauchbar	.04	.04

Beim Vergleich der Befragungsergebnisse dieser beiden Patientengruppen miteinander zeigt sich, daß bei den Antworten in der Custodial Mental Illness Ideology Scale, der Skala der sozialen Distanz (gegenüber dem

"Geisteskranken", dem "Asozialen" und dem "Verbrecher") und auch bei den Fragen zur Kontaktbereitschaft keine signifikanten Unterschiede bestehen.

Auch wegen der insgesamt nicht signifikant unterschiedlichen Polaritätsprofile wird auf eine graphische Darstellung verzichtet.

Beim Vergleich der Polaritätsprofile zum "Geisteskranken" finden sich nur für einzelne Items signifikante Unterschiede: die erstmals aufgenommenen Patienten halten den "Geisteskranken" für unverantwortlicher und unheimlicher als die mehrfach Aufgenommenen ($p < .05$).

Auch bei der Beurteilung des Gesunden durch diese beiden Gruppen finden sich nur zwei Items in den Polaritätsprofilen, die einen signifikanten Unterschied ($p < .05$) zeigen. Die mehrfach aufgenommenen Patienten halten den Gesunden für ordentlicher und gepflegter als dies die erstmalig Aufgenommenen tun.

Im Polaritätsprofil zur Beurteilung eines "Patienten an einer Nervenklinik wie dieser" finden sich nur drei signifikant unterschiedlich markierte Items. Die mehrfach aufgenommenen Patienten halten den "Patienten einer Klinik wie dieser" für wertvoller und berechenbarer ($p < .05$) und für aufrichtiger ($p < .01$) als Patienten, die zum ersten Mal in einer psychiatrischen Klinik sind.

3) Als dritte Hypothese sollte geprüft werden, ob jüngere Patienten in ihrer Einstellung sich von älteren unterscheiden.

Als Unterscheidungskriterium zwischen den beiden Gruppen wurde ein Alter von 30 Jahren gewählt. Es konnte angenommen werden, daß Berufsfindung und Ausbildung bis zu diesem Zeitpunkt auch bei Studenten abgeschlossen und auch eine Umorientierung und eine Veränderung der Einstellung Minoritäten und devianten Gruppen gegenüber beendet ist. Daher schien - trotz der willkürlichen Abgrenzung der beiden Gruppen - die Altersgrenze von 30 Jahren akzeptabel.

Im folgenden finden sich in Tabellenform Angaben zu den beiden hier interessierenden Patientengruppen.

Tab. 8 Einzelinformationen zu den nach Alter gebildeten Gruppen. (%)

	bis einschl. 30 J.	über 30 J.
Anzahl	N = 73	N = 99
männlich	.74	.76
weiblich	.26	.24
Altersdurchschnitt	18,4 J.	40,0 J.
offene Station	.47	.43
geschlossene Station	.53	.57

	bis 30 J.	über 30 J.
Schulbildung		
Hilfs-/Sondersch., < 6 J. Schule	.07	.02
Volksschule	.45	.64
Höhere Schule	.26	.20
Abitur	.22	.14
Ausbildung *)		
keine	.14	.07
angelernt	.12	.13
Lehre	.51	.54
Fachschule	.07	.19
Hochschule	.16	.06
Berufliche Stellung		
keine	.53	.52
selbständig	-	.02
unselbst. untergeord.	.38	.28
mittlere	.05	.11
gehobene	-	.04
leitende	-	.03
1. Aufnahme	.49	.32
3. (+ häufigere) Aufnahme	.29	.49
Diagnose-Gruppe		
Schizophrenie (ICD 295)	.29	.27
Neurosen (ICD 300)	.38	.17
andere	.33	.56
Verwertbarkeit der Fragebogen		
voll	.60	.69
teilweise	.39	.26
unbrauchbar	.01	.05

*) Bei .01 der Pat. > 30 J. war Ausbildung (unklar) als "andere" markiert, so daß die Prozentsumme nur .99 ergibt.

Nach der Hypothese war zu erwarten, daß die Gruppe der jüngeren Patienten eine geringere Distanz den "Geisteskranken" gegenüber zeigen würde als die der Älteren.

a) In der Custodial Mental Illness Ideology Scale (CMI) liegen die jüngeren Patienten mit einem Durchschnittswert von 33,6 Punkten signifikant ($p < .01$) unter dem Wert der Älteren, die 40,3 Punkte im Score erreichen und demnach mehr die Vorstellung haben, daß die Behandlung geisteskranker Patienten mehr ein Problem der Verwahrung und Isolierung ist.

b) In der Skala der sozialen Distanz (SD) bildet sich dieser Trend - erwartungsgemäß - wiederum ab.

Allen drei angegebenen Begriffen gegenüber ("Geisteskranker", Asozialer, Verbrecher) ist die Distanz der Jüngeren signifikant ($p < .05$) geringer.

Interessanterweise ist die soziale Distanz der jüngeren und auch der älteren Patienten dem "Geisteskranken" gegenüber am geringsten. Die Jüngeren liegen mit ihrer Beurteilung des "Geisteskranken" mit einem Wert von +1,3 über der Aussage "... könnte ihn als Nachbarn akzeptieren" (= +1) und die Älteren liegen mit 0,9 nur knapp unter diesem Wert.

Gegenüber dem Asozialen zeigen sich beide Gruppen distanter. Die Jüngeren (+1) könnten ihn als Nachbarn akzeptieren, die Älteren liegen mit ihrem Wert (0,5) in der Mitte zwischen der Haltung "Ich könnte ihn als Nachbarn akzeptieren" und "Ich möchte keinen Umgang mit ihm haben" (= 0).

Eher ablehnend stehen beide Altersgruppen dem Verbrecher gegenüber, mit dem Ältere mit einem Score von 0 keinen Umgang haben möchten, während die Jüngeren mit ihrem Score etwas höher liegen (0,4) und damit eine Tendenz zu der Antwort "... könnte ihn als Nachbarn akzeptieren" (= +1) zeigen.

- c) Auch die Antworten auf die 6 Fragen zur Kontaktbereitschaft zeigen die nach der Hypothese zu erwartenden Unterschiede in den Einstellungen der beiden Gruppen, wie auch aus Abbildung 4 auf der nächsten Seite hervorgeht.

So antworten die älteren Patienten auf die Frage, ob sie ihre "Kinder einem ehemaligen Patienten einer Nervenklinik zur Aufsicht anvertrauen" würden mit "unter Umständen", während die jüngeren mit ihrer Antwort doch signifikant ($p < .05$) positiver sind.

Beide Gruppen liegen bei den folgenden Fragen mit ihren Antwortscores zwischen den Werten für "ja" und "unter Umständen" mit zunehmender positiver Tendenz bei abnehmendem Intimitätsgrad der in den

Würden Sie Ihre Kinder einem ehemaligen Patienten einer Nervenklinik zur Aufsicht anvertrauen?

Wären Sie damit einverstanden, daß jemand in Ihre Familie einheiratet, der in einer Nervenklinik gewesen ist?

Wären Sie damit einverstanden, mit jemandem in einer Wohnung zusammenzuleben, der in einer Nervenklinik gewesen ist?

Würden Sie akzeptieren, daß jemand Ihr Vorgesetzter wird, der in einer Nervenklinik gewesen ist?

Wenn Sie eine Wohnung zu vermieten hätten, würden Sie jemand als Mieter nehmen, der in einer Nervenklinik gewesen ist?

Wenn Sie Arbeitgeber waren, würden Sie jemand einstellen, der in einer Nervenklinik gewesen ist?

1= ja

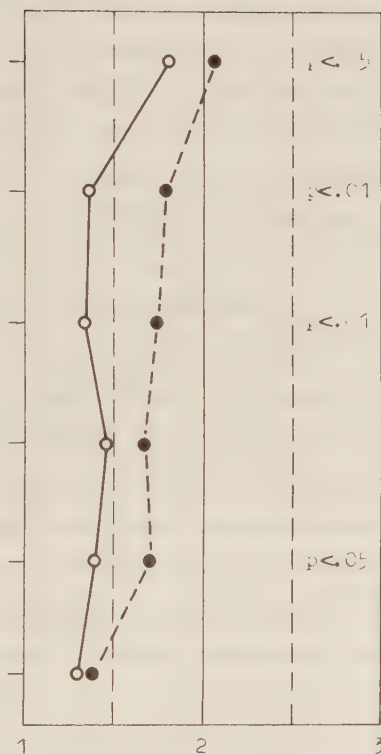
2= unter Umständen

3= nein

○ — — — ○ Patienten jünger als 50 J.

● — — — ● Patienten älter als 50 J.

Abb. 4: Antworten auf die Fragen zur Kontaktbereitschaft



Fragen geschilderten Situationen.

- d) Im Polaritätsprofil zum Begriff "Geisteskranker" bildet sich dieser Unterschied zwischen den jüngeren und den älteren Patienten ebenfalls ab, ohne jedoch so deutlich zu werden. So finden sich nur bei 3 der 30 Items signifikante Unterschiede in der Beurteilung durch die beiden Gruppen, nämlich bei den Begriffspaaren "wertlos - wertvoll" ($p < .01$), "fremdartig - gleichartig" ($p < .05$) und bei "begabt - unbegabt" ($p < .05$), wobei jedesmal die positivere Beurteilung von den jüngeren Patienten kam. Auf der folgenden Seite sind die Polaritätsprofile der beiden Gruppen zum Begriff "Geisteskranker" graphisch dargestellt (Abb. 5). Im zweiten Polaritätsprofil soll die Beurteilung des Gesunden durch die beiden Altersgruppen abgebildet werden. Nach der Hypothese war hier zu erwarten, daß die älteren Patienten den Gesunden positiver beurteilen würden als die jüngeren, von denen ja - hypothetisch - angenommen werden konnte, daß sie keine so scharfe Trennung zwischen "Geisteskranken" und Gesunden machen würden. Tatsächlich antworten die älteren Patienten sehr viel dezidierter und sehen bei zahlreichen (17 von 30) Items den Gesunden signifikant positiver, als dies die jüngeren tun.

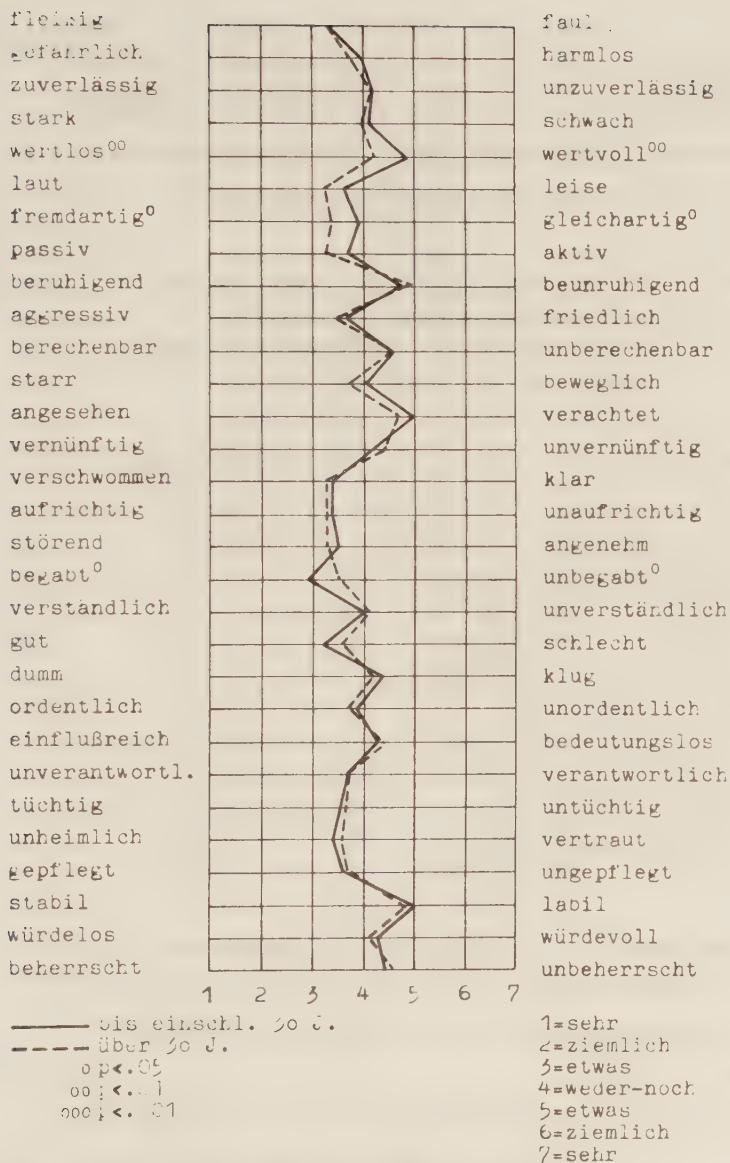


Abb.: Beurteilung des 'Geisteskranken' durch die jüngeren und die älteren Patienten.

Im folgenden sind die 17 signifikant unterschiedlich markierten Items mit Angabe des jeweiligen Signifikanzniveaus aufgeführt, wobei die positivere Wertung jeweils von den älteren Patienten kommt.

Tab. 9 Von den nach Alter gebildeten Gruppen im Polaritätsprofil "Gesunder" signifikant unterschiedlich markierte Items (%)

Begriffspaar	Signifikanz
fleißig - faul	$p < .01$
zuverlässig - unzuverlässig	$p < .01$
stark - schwach	$p < .01$
beruhigend - beunruhigend	$p < .05$
berechenbar - unberechenbar	$p < .01$
angesehen - verachtet	$p < .05$
vernünftig - unvernünftig	$p < .05$
aufrichtig - unaufrichtig	$p < .05$
verständlich - unverständlich	$p < .01$
gut - schlecht	$p < .01$
ordentlich - unordentlich	$p < .01$
einflußreich - bedeutungslos	$p < .05$
unverantwortlich - verantwortlich	$p < .05$
tüchtig - untüchtig	$p < .05$
gepflegt - ungepflegt	$p < .01$
würdelos - würdevoll	$p < .01$
beherrscht - unbeherrscht	$p < .01$

Eine graphische Darstellung der gesamten Werte dieses Polaritätsprofiles mit Angabe der jeweiligen Signifikanzniveaus findet sich auf der nächsten Seite (Abb. 6).

Im dritten Polaritätsprofil sollte ein "Patient einer Nervenklinik wie dieser" beurteilt werden. Bei diesem Profil finden sich nur bei 5 Begriffspaaren signifikante Unterschiede in der Art, in der jüngere

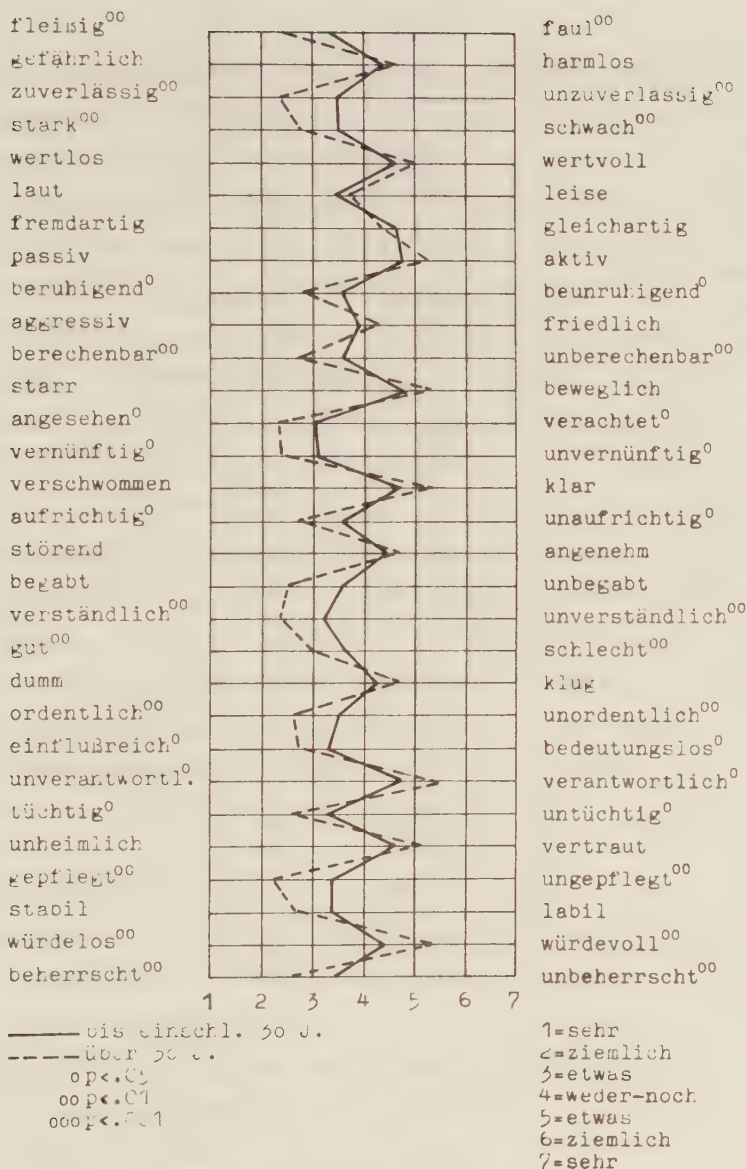


Abb. 6: Beurteilung des Gesunden durch die jüngeren und die älteren Patienten

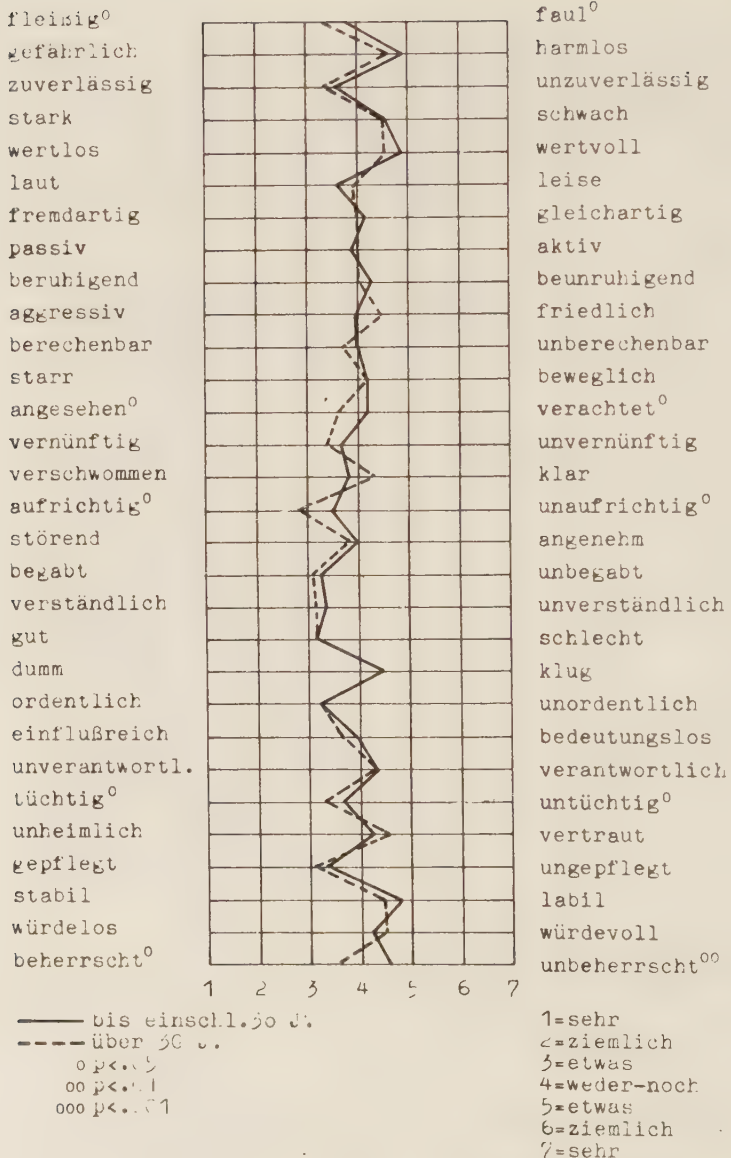


Abb. 7: Beurteilung des 'Patienten in einer Nervenklinik wie dieser' durch die älteren und die jüngeren Patienten.

und ältere Patienten ihre Mitpatienten sehen. Wie schon bei der Beurteilung des Gesunden zeigen auch hier die Älteren der befragten Patienten eine ausgeprägtere Stellungnahme als die jüngeren, die sich jeweils stärker an die neutralere "weder - noch" - Markierung hielten, und deren Kurve sich dementsprechend bei den meisten Items dichter entlang der "Mittelachse" des Polaritätsprofils bewegt, wie auch aus den graphischen Darstellungen (siehe Abb. 6 und Abb. 7) hervorgeht.

Die jüngeren Patienten sehen den "Patienten einer Nervenklinik wie dieser" als nicht so fleißig, wie das die Älteren tun ($p < .05$), eher als verachtet - und nicht angesehen, wie die Älteren meinen ($p < .05$), als weniger aufrichtig ($p < .05$), weniger tüchtig ($p < .05$) und schließlich als eher unbeherrscht, während ihn die älteren Patienten für eher beherrscht halten ($p < .05$).

4) Zur Überprüfung der vierten Hypothese, die einen Unterschied in der Einstellung gegenüber dem "Geisteskranken" in Abhängigkeit von der sozio-ökonomischen Stellung des Befragten erwartete, wurden wiederum zwei Gruppen von Patienten gebildet: auf der einen Seite Patienten mit schlechterer Schulbildung (weniger als 6 Jahre Schule, Hilfs- und Sonderschule, Volksschule) und schlechterer Berufsausbildung (angelernt und Lehre) und auf der ande-

ren Seite Patienten mit besserer Schulbildung (höhere Schule, Abitur) und besserer Berufsausbildung (Fachschule, Hochschule). Zwar wird mit diesen Daten sicher nur ein Teilaspekt des sozio-ökonomischen Hintergrundes erfaßt, andererseits sind sie sehr viel besser operationalisierbar als z.B. Sozialprestige oder soziale Integration.

Vor allem aber waren diese Informationen bei allen Patienten regelmäßig der Krankengeschichte zu entnehmen und dort standardisiert angegeben.

Tab. 10 Einzelinformationen zu den nach Ausbildung zusammengestellten Gruppen (%)

	schlechtere Ausbildung	bessere Ausbildung
Anzahl	N = 88	N = 34
männlich	.65	.68
weiblich	.35	.32
Altersdurchschnitt	32,6 J.	29,2 J.
offene Station	.56	.70
geschlossene Station	.44	.30
Schulbildung		
Hilfs-/Sondersch., < 6 J. Sch.	.05	-
Volksschule	.95	-
Höhere Schule	-	.35
Abitur	-	.65

	schlechtere Ausbildung	bessere Ausbildung
Ausbildung		
keine	-	-
angelernt	.23	-
Lehre	.77	-
Fachschule	-	.47
Hochschule	-	.53
Berufliche Stellung		
keine	.46	p < .01 .71
selbständig	.02	-
unselbst. untergeordn.	.43	.09
mittlere	.07	.12
gehobene	.01	.05
leitende	.01	.03
1. Aufnahme	.45	.38
3. (+ häufigere) Aufnahme	.36	p < .1 .51
Diagnose-Gruppe		
Schizophrenie (ICD 295)	.20	.36
Neurosen (ICD 300)	.27	.24
andere	.53	.40
Verwertbarkeit der Fragebogen		
voll	.59	.82
teilweise	.35	.18
unbrauchbar	.06	-

In den Ergebnissen war zu erwarten, daß die Patienten mit dem besseren Bildungsgrad eine positivere Haltung gegenüber dem Geisteskranken zeigen würden. Dies ließ sich bei einem Teil der Ergebnisse auch nachweisen, andererseits widerspricht ein Teil der Ergebnisse der Hypothese.

- a) In der CMI - Skala ergeben sich zwischen beiden Gruppen, die beide einen mittleren Wert zwischen verwahrender und "humanistischer" Haltung zeigen, keine signifikanten Unterschiede (Patienten mit schlechterem Bildungsgrad 38.6, Patienten mit besserem Bildungsgrad 36.2).
- b) Bei der Skala zur sozialen Distanz (zum "Geisteskranken", zum "Asozialen" und zum "Verbrecher") finden sich signifikant unterschiedliche Werte nur bei den beiden ersten Begriffen. Die Patienten mit der besseren Schul- und Berufsausbildung erreichen bei der Beurteilung des "Geisteskranken" einen Wert von 1,7 und liegen damit nur wenig unter der Aussage "Ich könnte ihn als Freund akzeptieren" (= +2) und oberhalb der Markierung "Ich könnte ihn als Nachbarn akzeptieren" (= +1). Die Patienten mit dem schlechteren Bildungsstand erreichen bei der Beurteilung des Geisteskranken den Wert 0,8 und liegen damit unter der Aussage "Ich könnte ihn als Nachbarn akzeptieren" (= +1), aber deutlich über "Ich wollte keinen Umgang mit ihm haben" (= 0). Dieser Unterschied ist signifikant ($p < .01$).

Ein ähnliches Verhältnis zeigt sich bei der Beurteilung des Asozialen, nur daß hier beide Gruppen eine größere Distanz halten. Die besser ausgebildeten Patienten könnten den Asozia-

len als Nachbarn akzeptieren (1,1), während die Patienten mit dem schlechteren Bildungsgrad mit einem Wert von 0,4 fast genau in der Mitte zwischen den Aussagen "Ich könnte ihn als Nachbarn akzeptieren" (= +1) und "Ich sollte keinen Umgang mit ihm haben" (= 0) liegen. Auch dieser Unterschied ist signifikant ($p < .05$).

Bei den Aussagen über den Verbrecher ergeben sich zwischen den beiden Patientengruppen keine statistisch eindeutigen Unterschiede.

- c) Bei den Antworten auf die Fragen zur Kontaktbereitschaft zeigt sich die größere Kontaktbereitschaft der Patienten mit dem höheren Bildungsstand. Von den 6 Antworten zeigen jedoch nur 2 einen statistisch signifikanten Unterschied, und zwar würde es den besser Ausgebildeten deutlich leichter fallen, einen ehemaligen Patienten einer Nervenklinik als Vorgesetzten zu akzeptieren, oder auch ihn einzustellen, wenn sie Arbeitgeber wären.
- Für diese beiden Fragen sind die Antworten eindeutig unterschiedlich ($p < .01$). (siehe auch Abb. 8 auf Seite 54).

- d) Bei der Beurteilung des "Geisteskranken" durch das Polaritätsprofil finden sich signifikant unterschiedliche Markierungen nur bei 3 Begriffspaaren: bei "stark - schwach", "einfluß-

Würden Sie Ihre Kinder einem ehemaligen Patienten einer Nervenklinik zur Aufsicht anvertrauen?

Wären Sie damit einverstanden, daß jemand in Ihre Familie einheiratet, der in einer Nervenklinik gewesen ist?

Wären Sie damit einverstanden, mit jemandem in einer Wohnung zusammenzuleben, der in einer Nervenklinik gewesen ist?

Würden Sie akzeptieren, daß jemand Ihr Vorgesetzter wird, der in einer Nervenklinik gewesen ist?

Wenn Sie eine Wohnung zu vermieten hätten, würden Sie jemand als Mieter nehmen, der in einer Nervenklinik gewesen ist?

Wenn Sie Arbeitgeber wären, würden Sie jemand einstellen, der in einer Nervenklinik gewesen ist?



1= ja

2= unter Umständen

3= nein

○—○ Patient mit niedrigerem Bildungsstandard

●---● Patient mit höherem Bildungsstandard

Abb. 8: Antworten der nach Ausbildung zusammengestellten Gruppen auf die Fragen zur Kontaktbereitschaft

reich - bedeutungslos" und "gepflegt - ungepflegt".

Auffällig erscheint, daß bei diesen Items die Beurteilung durch die Patienten mit besserer Bildung jeweils negativer ausfällt als die durch die Patienten mit dem schlechteren Bildungsstand. So sieht die erste Gruppe den "Geisteskranken" als eher schwach ($p < .05$), eher bedeutungslos ($p < .01$) und als eher ungepflegt ($p < .01$).

Im Polaritätsprofil zum Gesunden ergeben sich nur bei 2 Items unterschiedliche Einschätzungen (beide $p < .05$).

Bei beiden Begriffspaaren antworten die Patienten mit dem besseren bildungsmäßigen Hintergrund dezidiert und heben in beiden Fällen positive Eigenschaften des Gesunden heraus. So halten sie ihn für ziemlich begabt und einflußreich.

Das Polaritätsprofil zur Beurteilung eines "Patienten einer Nervenklinik wie dieser" zeigt bei 7 der 30 Items statistisch signifikante Unterschiede zwischen den Antworten der beiden Gruppen. Die Gruppe mit dem besseren Bildungsstand sieht den "Patienten einer Klinik wie dieser" als recht harmlos ($p < .05$), leise ($p < .05$), gleichartig ($p < .05$), glaubt aber stärker als die Gruppe der bildungsmäßig

schlechter gestellten Patienten, daß er verachtet ($p < .01$), nicht besonders begabt ($p < .05$) oder tüchtig ($p < .05$) und auch nicht stabil ($p < .05$) sei.

Da signifikante Unterschiede nur bei wenigen Items bestehen, und im Übrigen die Kurven der Polaritätsprofile dicht beieinander und weitgehend parallel verlaufen, wurde auf eine graphische Darstellung verzichtet.

5) In einer Untersuchung von CRUMPTON (11) hatten sich Hinweise dafür ergeben, daß Schizophrene den "Geisteskranken" als eher unmoralisch denn als krank sahen.

Zur Überprüfung der Hypothese, daß Schizophrene eine typische Einstellung haben, wurden aus der Gesamtheit der befragten Patienten alle die mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis (ICD 295.) in ihrer Einstellung mit neurotisch Erkrankten (ICD 300.) verglichen.

Tab. 11 Einzelinformationen zu den nach Diagnose zusammengestellten Gruppen (%)

	Schiz. (295.)	Neurose (300.)
Anzahl	N = 48	N = 45
männlich	.67	.60
weiblich	.33	.40

	Schiz. (295.)	Neurose (300.)
Altersdurchschnitt	27,9 J.	24,8 J.
offene Station	.46	.43
geschlossene Station	.54	.57
Schulbildung		
Hilfs-/Sondersch., 6 J. Sch.	-	.09
Volksschule	.48	.51
Höhere Schule	.29	.20
Abitur	.23	.20
Ausbildung		
keine	.13	.11
angelernt	.04	.16
Lehre	.54	.51
Fachschule	.15	.07
Hochschule	.15	.13
Berufliche Stellung		
keine	.52	.53
selbständig	.02	-
unselbst. untergeord.	.31	.38
mittlere	.13	.02
gehobene	-	.05
leitende	.02	.02
1. Aufnahme	.21	.49
3. (+ häufigere) Aufnahme	.62	.33
Verwertbarkeit der Fragebogen		
voll	.56	.67
teilweise	.38	.31
unbrauchbar	.06	.02

Die schizophrenen Patienten haben sich - wie aus der Tabelle hervorgeht - bereits signifikant ($p < .01$)

häufiger in nervenklinischer Behandlung befunden, so daß die Vergleichbarkeit der Gruppen zumindest eingeschränkt ist.

Bei den Befragungsergebnissen zeigen sich jedoch keine signifikanten Unterschiede, bis auf einige Items im Polaritätsprofil.

- a) In der CMI - Skala haben beide Gruppen einen mittleren Wert zwischen custodialer und "humanitärer" Einstellung (Schiz.: 36,4; Neurose: 33,1).
- b) In der Skala der sozialen Distanz zum "Geisteskranken" haben beide Gruppen Werte, die zwischen den Aussagen "Ich könnte ihn als Freund akzeptieren" und "Ich könnte ihn als Nachbarn akzeptieren" liegen (Schiz.: 1,5; Neurose: 1,3).
Den Asozialen würden beide Gruppen ohne Unterschied als Nachbarn akzeptieren (Schiz.: 1,0; Neurose: 0,9), während gegenüber dem Verbrecher die Tendenz zur Aussage "Ich wollte keinen Umgang mit ihm haben" deutlich wird (Schiz.: 0,6; Neurose: 0,3).
- c) In den 6 Fragen zur Kontaktbereitschaft zeigen sich bei den Antwortwerten zwischen Schizophrenen und Neurotikern keine signifikanten Unterschiede. Die Werte zu den jeweiligen Fragen sind auf der folgenden Seite graphisch dargestellt (Abb. 9).

Würden Sie Ihre Kinder einem ehemaligen Patienten einer Nervenklinik zur Aufsicht anvertrauen?

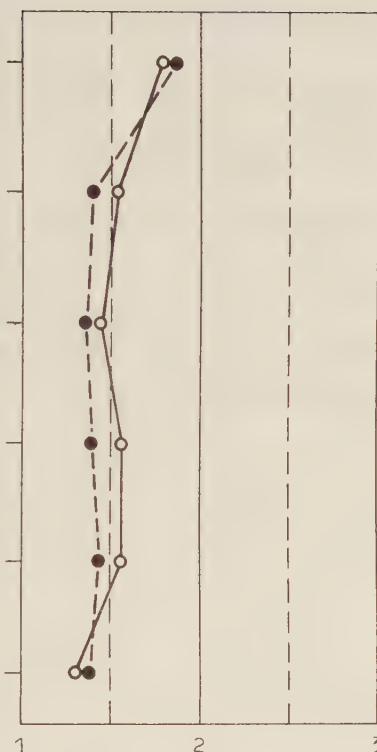
Wären Sie damit einverstanden, daß jemand in Ihre Familie einheiratet, der in einer Nervenklinik gewesen ist?

Wären Sie damit einverstanden, mit jemandem in einer Wohnung zusammenzuleben, der in einer Nervenklinik gewesen ist?

Würden Sie akzeptieren, daß jemand Ihr Vorgesetzter wird, der in einer Nervenklinik gewesen ist?

Wenn Sie eine Wohnung zu vermieten hätten, würden Sie jemand als Mieter nehmen, der in einer Nervenklinik gewesen ist?

Wenn Sie Arbeitgeber wären, würden Sie jemand einstellen, der in einer Nervenklinik gewesen ist?



1= ja

2= unter Umständen

3= nein

○—○ schizophrenes

●- -● Neurotiker

Abb. 7: Antworten der nach Diagnose zusammengestellten Gruppen auf die Fragen zur Akzeptanzbereitschaft

d) Bei der Beurteilung des Geisteskranken mit dem Polaritätsprofil finden sich bei insgesamt 9 der 30 Items Unterschiede, wobei jeweils die positivere Beurteilung von den Schizophrenen kommt. Das gleiche gilt für die signifikanten Unterschiede in den Polaritätsprofilen zum Gesunden und dem "Patienten einer Klinik wie dieser".

Zur besseren Anschaulichkeit sind die Polaritätsprofile auf den folgenden Seiten graphisch dargestellt (Abb. 10, 11, 12).

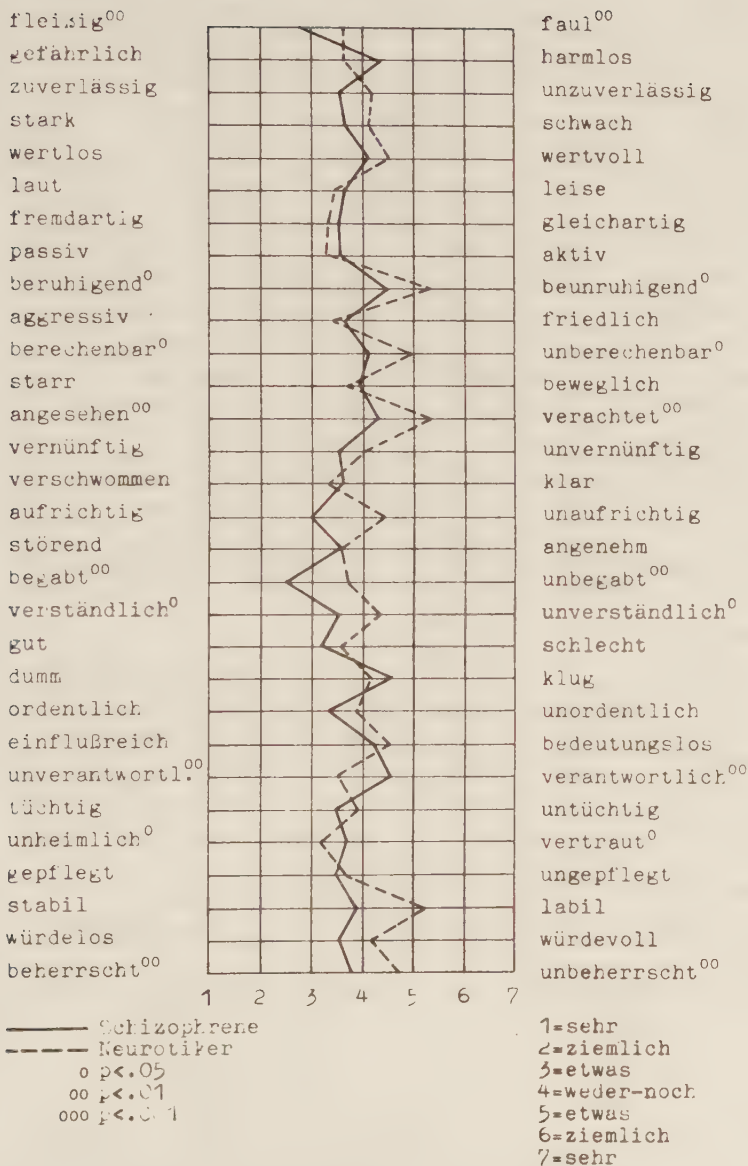


Abb. 10: Beurteilung des 'Geisteskranken' durch
Schizophrene und neurotische Patienten.

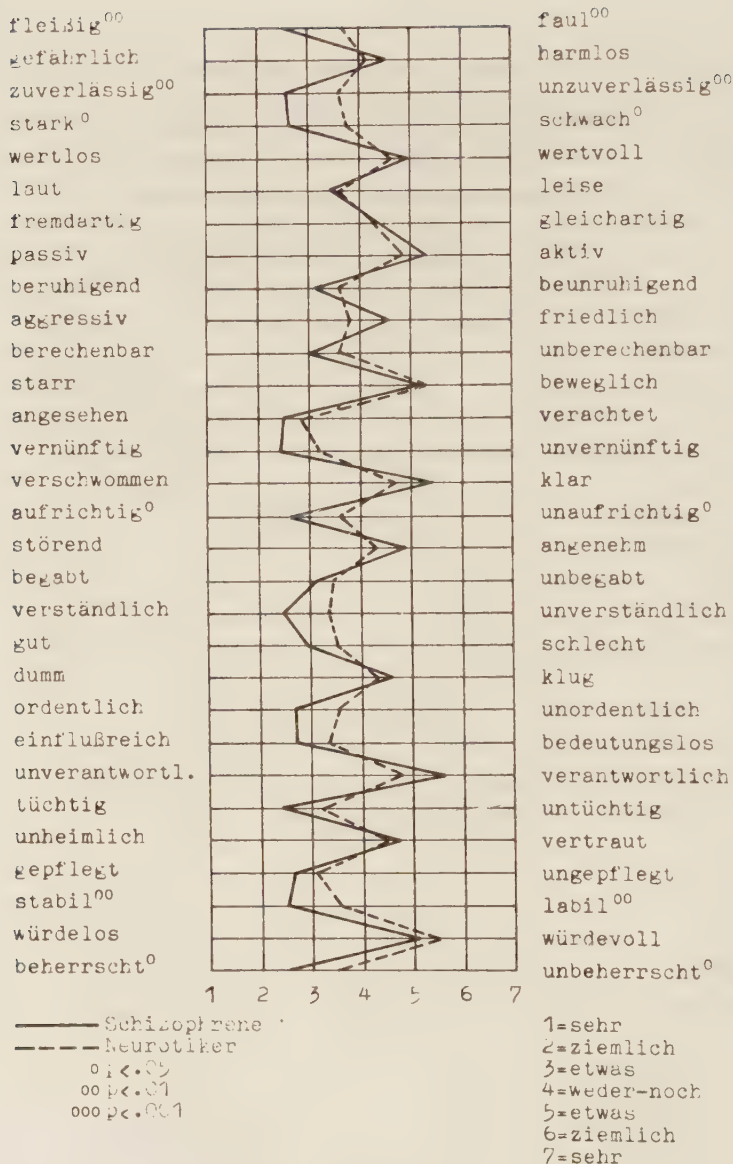


Abb. 11: Beurteilung des Gesunden durch schizophrene und neurotische Patienten.

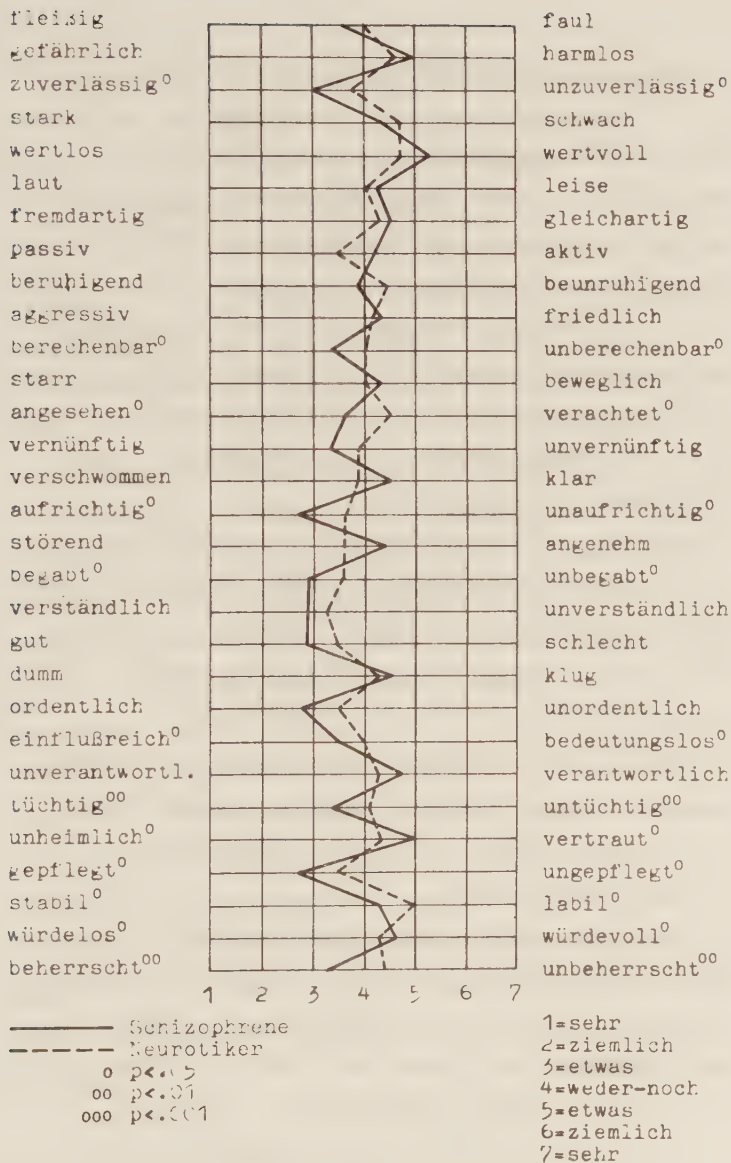


Abb. 12: Beurteilung eines 'Patienten in einer Nerven-Klinik wie dieser' durch schizophrene und neurotische Patienten

B Cluster - Analyse

Über das Datenmaterial wurde in einem zweiten Schritt eine Cluster - Analyse gerechnet. Dabei wurden nach den Werten der Patienten in der Custodial Mental Illness Ideology Scale, der Skala der sozialen Distanz zum "Geisteskranken" und den Fragen zur Kontaktbereitschaft Gruppierungen (Cluster) von Patienten gebildet, die in ihren Antworten - und damit in ihren Einstellungen - untereinander möglichst ähnlich sein sollen.

Aus Gründen der Überschaubarkeit (und damit Verwertbarkeit) der Daten und Ergebnisse konnten die Polaritätsprofile mit ihren 90 Variablen pro Patient nicht in die Cluster - Analyse einbezogen werden.

Je nach dem Grad der Ähnlichkeit lassen sich größere oder kleinere Gruppen bilden, wobei naturgemäß extrem hohe Ähnlichkeit nur von extrem kleinen Clustern erreicht wird.

Im vorliegenden Falle wurde die Gesamtheit der Patienten in 8 Cluster verteilt, die dann miteinander verglichen wurden. Die durchschnittliche Ähnlichkeit innerhalb der Cluster lag hierbei zwischen 45 und 81, bei einem höchstmöglichen Wert von 100.

Zwei der Cluster sind nur klein (Cluster 7: N = 5 und Cluster 8: N = 2). Besonders bei den in Cluster

8 zusammengefaßten Patienten handelt es sich wahrscheinlich um "Ausreißer", die wegen der ausgeprägten Andersartigkeit keinem der übrigen 7 Cluster zugeordnet werden konnten.

Wie bei der Beschreibung der einzelnen Cluster später deutlich werden wird, sind die Antworten und - soweit Einstellungen überhaupt "meßbar" sind - die gemessenen Einstellungen dieser Patienten zum Teil widersprüchlich, so daß sie kaum verwertbar erscheinen. Der Vollständigkeit wegen wurden sie jedoch wie alle übrigen Cluster beschrieben. Die einzelnen Cluster unterscheiden sich von einander immer signifikant, es müssen jedoch nicht alle Variablen in einem Cluster gegenüber allen Variablen in sämtlichen anderen Clustern statistisch signifikant unterschiedlich sein (Beispiel: Im CMI-Wert unterscheidet sich Cluster 1 nur signifikant ($p < .001$) von den Clustern 3, 5, 6 und 7, nicht jedoch von den Clustern 2 und 8). Da die Angaben über Signifikanzen gegenüber den jeweils restlichen 7 Clustern im Text die Lesbarkeit zu sehr mindern würden, werden diese Angaben am Ende dieses Kapitels in Tabellenform gemacht (S. 83a - 83i, Abb. 21 - 28).

1) Das erste Cluster besteht aus 39 Personen. Es finden sich hier Patienten mit einem Durchschnittsalter von 34.8 Jahren, ihre Schulbildung ist etwas besser als reine Volksschule, ihre Berufsausbildung

liegt zwischen Lehre und Fachschule. Sie nehmen eine berufliche Position ein, die zwischen untergeordneter und mittlerer Stellung liegt. Die Patienten dieses ersten Clusters sind bereits dreimal in nervenklinischer Behandlung gewesen.

- a) Mit einem Wert von 39,0 in der CMI - Skala liegen sie geringfügig über dem Mittelwert dieser Skala (35,0) und zeigen damit eine angedeutete Tendenz in Richtung auf eine custodiale Vorstellung von der Behandlung "Geisteskranker".
- b) In der Skala der sozialen Distanz geben sie an, daß sie den "Geisteskranken" als Nachbarn akzeptieren könnten und haben damit - wie auch die Patienten der Cluster 2 - 6 - zu ihm eine geringere Distanz als zum Asozialen oder zum Verbrecher.
- c) Die Fragen zur Kontaktbereitschaft sollen die Distanz zu einem ehemaligen Patienten einer Nervenklinik in verschiedenen Situationen von abnehmender Intimität meßbar machen. Erwartungsgemäß ist die Kontaktbereitschaft des Clusters 1 in den ersten der geschilderten Situationen am geringsten und nimmt dann zu.
Die entsprechenden Antworten der Patienten des ersten Clusters sind in der folgenden Kurve dargestellt (Abb. 13).

Würden Sie Ihre Kinder einem ehemaligen Patienten einer Nervenklinik zur Aufsicht anvertrauen?

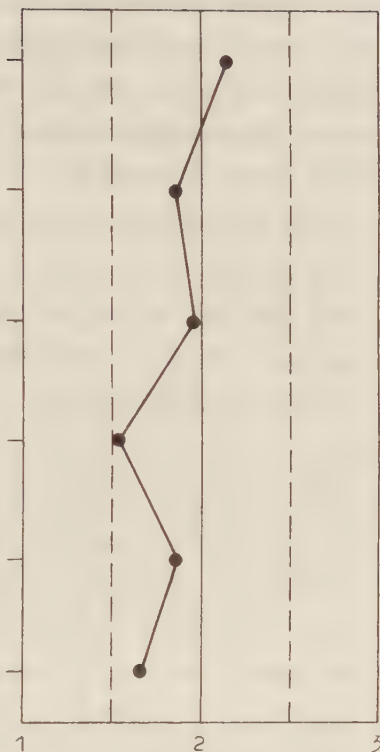
Wären Sie damit einverstanden, daß jemand in Ihre Familie einheiratet, der in einer Nervenklinik gewesen ist?

Wären Sie damit einverstanden, mit jemandem in einer Wohnung zusammenzuleben, der in einer Nervenklinik gewesen ist?

Würden Sie akzeptieren, daß jemand Ihr Vorgesetzter wird, der in einer Nervenklinik gewesen ist?

Wenn Sie eine Wohnung zu vermieten hätten, würden Sie jemand als Mieter nehmen, der in einer Nervenklinik gewesen ist?

Wenn Sie Arbeitgeber wären, würden Sie jemand einstellen, der in einer Nervenklinik gewesen ist?



1= ja

2= unter Umständen

3= nein

Abb. 13: Antworten der im 1.Cluster zusammengefaßten Patienten auf die Fragen zur Kontaktbereitschaft

2) Die Patienten des zweiten Clusters sind mit einem Durchschnittsalter von 29,9 Jahren jünger. In Schulbildung, Berufsausbildung und aktueller beruflicher Stellung sind sie den Patienten des ersten Clusters sehr ähnlich. In der Aufnahmefrequenz liegen sie jedoch niedriger.

a) In der CMI - Skala liegen sie deutlich unter dem Wert der Patienten des 3., 5., 6. und 7. Clusters, d.h. ihre Einstellung ist weniger custodial, obwohl auch das zweite Cluster mit 37,9 noch über dem CMI - Mittelwert liegt.

b) Deutlich geringer als im 1. Cluster ist die soziale Distanz gegenüber dem "Geisteskranken", dem Asozialen und dem Verbrecher. So liegt ihr Distanzwert dem "Geisteskranken" gegenüber zwischen der Aussage "Ich könnte ihn als Freund akzeptieren" und "... als Nachbarn akzeptieren". Den Asozialen könnten sie als Nachbarn ohne Einschränkung akzeptieren, während dem Verbrecher gegenüber bereits mehr Ablehnung im Sinne von "Ich wollte keinen Umgang mit ihm haben" deutlich wird.

c) Auch bei den Fragen zur Kontaktbereitschaft zeigen sich die Patienten des zweiten Clusters in ihren Antworten positiver. Gleichzeitig fällt auf, daß schon bei der ersten Frage ("Würden Sie Ihre Kinder einem ehemaligen Patienten einer

Nervenklinik zur Aufsicht anvertrauen?"), die die größte Nähe zum ehemaligen Patienten bezeichnen soll, die Kontaktbereitschaft sehr groß ist und nicht erst bei den folgenden Fragen, die weniger enge Beziehungen zu dem ehemaligen Patienten implizieren, zunimmt. Auf der folgenden graphischen Darstellung (Abb. 14) wird dies besonders deutlich.

Die Patienten dieses Clusters zeigen bei den Fragen zur Kontaktbereitschaft die positivste Einstellung aller Patienten, sind aber gleichzeitig in der Skala der sozialen Distanz stärker auf Abstand zum 'Geisteskranken' bedacht als die Patienten des vierten Clusters, die mit ihren Antworten bei den Fragen zur Kontaktbereitschaft noch am ähnlichsten dem beschriebenen Cluster 2 sind (siehe auch dort).

3) Cluster 3 umfaßt 21 Patienten mit einem höheren Durchschnittsalter (46,4 Jahre). Schulbildung und Berufsausbildung dieser Patientengruppe sind schlechter als die der Patienten der Cluster 1, 2, 4 und 6 und entsprechen dem Standard der Cluster 5, 7 und 8, wobei jedoch die beiden letzten - wie später gezeigt werden wird - eine Sonderstellung einnehmen. Trotz der schlechteren Schul- und Berufsausbildung dieses Clusters liegt die aktuelle berufliche Stellung im gleichen Bereich wie die der anderen Patienten.

Würden Sie Ihre Kinder einem ehemaligen Patienten einer Nervenklinik zur Aufsicht anvertrauen?

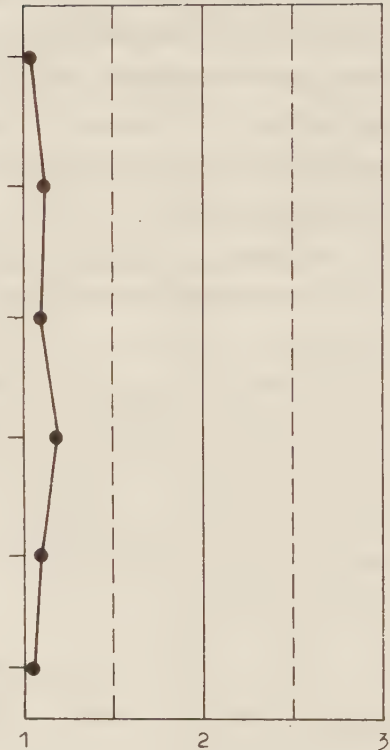
Wären Sie damit einverstanden, daß jemand in Ihre Familie einheiratet, der in einer Nervenklinik gewesen ist?

Wären Sie damit einverstanden, mit jemandem in einer Wohnung zusammenzuleben, der in einer Nervenklinik gewesen ist?

Würden Sie akzeptieren, daß jemand Ihr Vorgesetzter wird, der in einer Nervenklinik gewesen ist?

Wenn Sie eine Wohnung zu vermieten hätten, würden Sie jemand als Mieter nehmen, der in einer Nervenklinik gewesen ist?

Wenn Sie Arbeitgeber wären, würden Sie jemand einstellen, der in einer Nervenklinik gewesen ist?



1= ja
2= unter Umständen
3= nein

Abb. 14: Antworten der im 2.Cluster zusammengefaßten Patienten auf die Fragen zur Kontaktbereitschaft

Die Aufnahmefrequenz des dritten Clusters ist die niedrigste aller 8 Cluster.

- a) Der Wert der CMI - Skala liegt deutlich über dem der beiden anderen bisher beschriebenen Cluster, d.h. die Einstellung geht mehr in Richtung "verwahrende Behandlung Geisteskranker".
- b) Dementsprechend zeigen auch die Werte in der Skala der sozialen Distanz und bei den Fragen zur Kontaktbereitschaft eine deutlich distantere Einstellung gegenüber dem "Geisteskranken" bzw. dem ehemaligen Patienten einer Nervenklinik. So zeigt sich eine deutliche Tendenz mit einem "Geisteskranken" keinen Umgang haben zu wollen. Bei der Beurteilung des Asozialen wird dies klar ausgesprochen, und bei der Beurteilung des Verbrechers wird die Ablehnung noch deutlicher mit starker Tendenz zur Verwahrung eines solchen Menschen in einer Anstalt.
- c) Bei den Fragen zur Kontaktbereitschaft zeigen die Patienten des hier beschriebenen Clusters eine deutliche Zurückhaltung, die nur von den Patienten des siebenten Clusters übertroffen wird (siehe auch dort).
Auf der folgenden Seite sind wiederum die Antwortwerte der Fragen zur Kontaktbereitschaft graphisch dargestellt (Abb. 15).

Würden Sie Ihre Kinder einem ehemaligen Patienten einer Nervenklinik zur Aufsicht anvertrauen?

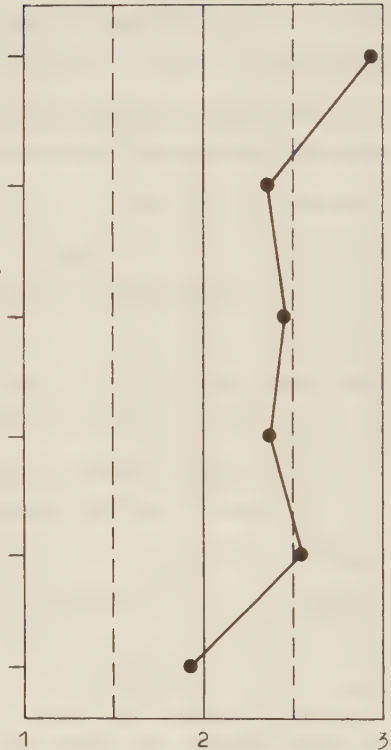
Wären Sie damit einverstanden, daß jemand in Ihre Familie einheiratet, der in einer Nervenklinik gewesen ist?

Wären Sie damit einverstanden, mit jemandem in einer Wohnung zusammenzuleben, der in einer Nervenklinik gewesen ist?

Würden Sie akzeptieren, daß jemand Ihr Vorgesetzter wird, der in einer Nervenklinik gewesen ist?

Wenn Sie eine Wohnung zu vermieten hätten, würden Sie jemand als Mieter nehmen, der in einer Nervenklinik gewesen ist?

Wenn Sie Arbeitgeber wären, würden Sie jemand einstellen, der in einer Nervenklinik gewesen ist?



1= ja

2= unter Umständen

3= nein

Abb. 15: Antworten der im 3. Cluster zusammengefaßten Patienten auf die Fragen zur Kontaktbereitschaft

4) Cluster 4 besteht aus 23 Personen mit einem Altersdurchschnitt von 32,3 Jahren. Schulbildung und Berufsausbildung sind besser als bei Cluster 3, jedoch schlechter als bei Cluster 1 und 2; andererseits ist die aktuelle berufliche Stellung der Patienten dieses Clusters die höchste zusammen mit den Patienten des Clusters 6.

Die Anzahl der Klinikaufenthalte liegt bei 3,7.

a) Der Wert in der CMI - Skala dieser Patienten

gleichet mit 39,3 weitgehend den Werten der bisher beschriebenen Patienten - Cluster.

b) Auffallend niedriger sind die Werte im Cluster 4

jedoch für die soziale Distanz, insbesondere ist die Distanz dem "Geisteskranken" gegenüber die geringste aller Cluster.

c) Auch die Antworten auf die Fragen zur Kontaktbe-

reitschaft sind hier deutlich positiver als bei Cluster 3, erreichen jedoch nicht Werte des zweiten Clusters.

Die graphische Darstellung der einzelnen Antworten findet sich auf der folgenden Seite (Abb. 16).

5) Das fünfte Cluster besteht aus 22 Personen. Die hier zusammengefaßten Patienten haben einen Altersdurchschnitt von 37,7 Jahren. In ihrer Schulbildung, Berufsausbildung und in der aktuellen beruflichen Stellung ähneln sie den Patienten der Cluster 3 und 4.

Würden Sie Ihre Kinder einem ehemaligen Patienten einer Nervenklinik zur Aufsicht anvertrauen?

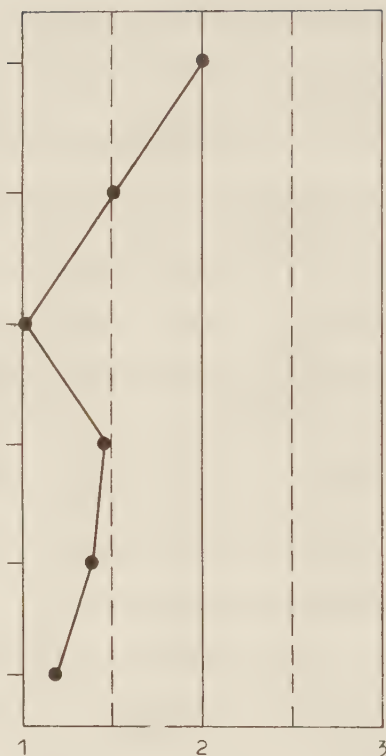
Wären Sie damit einverstanden, daß jemand in Ihre Familie einheiratet, der in einer Nervenklinik gewesen ist?

Wären Sie damit einverstanden, mit jemandem in einer Wohnung zusammenzuleben, der in einer Nervenklinik gewesen ist?

Würden Sie akzeptieren, daß jemand Ihr Vorgesetzter wird, der in einer Nervenklinik gewesen ist?

Wenn Sie eine Wohnung zu vermieten hätten, würden Sie jemand als Mieter nehmen, der in einer Nervenklinik gewesen ist?

Wenn Sie Arbeitgeber wären, würden Sie jemand einstellen, der in einer Nervenklinik gewesen ist?



1= ja
2= unter Umständen
3= nein

Abb. 1c: Antworten der im 4.Cluster zusammengefaßten Patienten auf die Fragen zur Kontaktbereitschaft

Die Aufnahmefrequenz ist - nach der von Cluster 2 - die niedrigste.

- a) Der Wert von 44,5 in der CMI - Skala liegt über den entsprechenden Werten der Cluster 1, 2 und 4, aber unter den Werten der übrigen Cluster, so daß sich hier eine mittlere Stellung ergibt. Die Patienten dieses Clusters zeigen deutliche Tendenz, den Umgang mit "Geisteskranken" zu meiden und werden hierin nur von den Patienten des siebten Clusters übertroffen.
- b) Besonders auffällig ist auch, daß in der sozialen Distanz von den Patienten des fünften Clusters kein Unterschied zwischen dem "Geisteskranken" und dem Asozialen gemacht wird, und andererseits die Ablehnung des Verbrechers nicht so stark ist wie durch das dritte Cluster, dem die Patienten des Clusters 5 sonst in der sozialen Distanz am nächsten kommen. Bei den übrigen Clustern steigen sonst die Werte der sozialen Distanz von einem (niedrigeren) Wert für den "Geisteskranken" über den (etwas höheren) für den Asozialen zum höchsten Wert für den Verbrecher an (so bei Cluster 1, 2, 3, 4 und 6), oder aber die Werte für den "Geisteskranken" sind die höchsten, für den Asozialen die niedrigsten und die für den Verbrecher liegen dazwischen (wie bei Cluster 7 und 8).
- c) Bei den Antworten auf die Fragen zur Kontaktbe-

reitschaft zeigt sich in diesem Cluster wiederum eine Besonderheit: auf die erste Frage ("Würden Sie Ihre Kinder einem ehemaligen Patienten anvertrauen?") antworten diese Patienten abwehrend (hierin nur von Cluster 3 und 7 übertroffen), aber bereits bei der folgenden Frage wird diese distante Haltung deutlich schwächer, und es zeigen sich Werte, die denen von Cluster 2 und 4 mit großer Kontaktbereitschaft gleichen. Die folgende graphische Darstellung soll dies verdeutlichen (Abb. 17).

6) Das sechste Cluster besteht aus 14 Personen mit einem durchschnittlichen Alterswert von 41,6 Jahren. Die Werte für Schulbildung und Berufsausbildung liegen bei diesem Cluster deutlich über denen der Cluster 3, 4 und 8 und auf gleicher Höhe mit den entsprechenden Werten der übrigen Cluster. Bei der aktuellen beruflichen Position zeigen sich im Vergleich zu den anderen Clustern keine signifikanten Unterschiede.

Die Anzahl der Aufnahmen liegt bei 2,9.

a) In der CMI-Skala erreicht das sechste Cluster einen Wert von 49,3 und spricht sich damit deutlich stärker für eine verwahrende Behandlung "Geisteskranker" aus, als dies die Cluster 1, 2 und 4 tun; eine stärker ausgeprägte "custodiale" Haltung zeigt nur Cluster 7.

Würden Sie Ihre Kinder einem ehemaligen Patienten einer Nervenklinik zur Aufsicht anvertrauen?

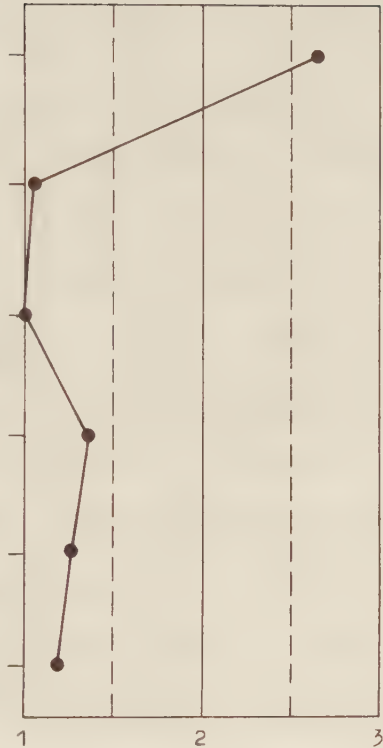
Wären Sie damit einverstanden, daß jemand in Ihre Familie einheiratet, der in einer Nervenklinik gewesen ist?

Wären Sie damit einverstanden, mit jemandem in einer Wohnung zusammenzuleben, der in einer Nervenklinik gewesen ist?

Würden Sie akzeptieren, daß jemand Ihr Vorgesetzter wird, der in einer Nervenklinik gewesen ist?

Wenn Sie eine Wohnung zu vermieten hätten, würden Sie jemand als Mieter nehmen, der in einer Nervenklinik gewesen ist?

Wenn Sie Arbeitgeber wären, würden Sie jemand einstellen, der in einer Nervenklinik gewesen ist?



1= ja

2= unter Umständen

3= nein

Abb.17: Antworten der im 5.Cluster zusammengeführten Patienten auf die Fragen zur Kontaktbereitschaft

- b) In der sozialen Distanz zum "Geisteskranken" findet sich bei diesem Cluster ein mittlerer Wert, der eine weniger distante Haltung als die Cluster 5 und 7, andererseits eine distantere als Cluster 2 und 4, zeigt.

In der Distanz gegenüber dem Asozialen und dem Verbrecher finden sich bei dem sechsten Cluster wiederum Werte im mittleren Bereich, jedoch nimmt die Distanz diesen gegenüber zu. Wenn der "Geisteskranke" noch als Nachbar zu akzeptieren war, zeigt sich beim Asozialen die deutliche Tendenz, keinen Umgang mit ihm haben zu wollen, die sich dem Verbrecher noch in Richtung "Der gehört in eine Anstalt" verstärkt.

- c) Bei den Antworten auf die Fragen zur Kontaktbereitschaft liegen die Patienten des sechsten Clusters mit ihren Werten bei den ersten vier Fragen bei "unter Umständen" und sind erst bei den beiden letzten Fragen zu näherem Kontakt bereit.

Im folgenden sind die Antwortwerte auf die einzelnen Fragen für dieses Cluster als Kurve aufgetragen (Abb. 18).

Würden Sie Ihre Kinder einem ehemaligen Patienten einer Nervenklinik zur Aufsicht anvertrauen?

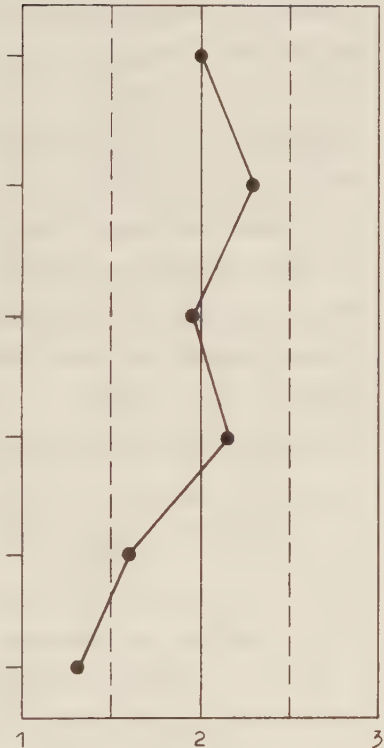
Wären Sie damit einverstanden, daß jemand in Ihre Familie einheiratet, der in einer Nervenklinik gewesen ist?

Wären Sie damit einverstanden, mit jemandem in einer Wohnung zusammenzuleben, der in einer Nervenklinik gewesen ist?

Würden Sie akzeptieren, daß jemand Ihr Vorgesetzter wird, der in einer Nervenklinik gewesen ist?

Wenn Sie eine Wohnung zu vermieten hätten, würden Sie jemand als Mieter nehmen, der in einer Nervenklinik gewesen ist?

Wenn Sie Arbeitgeber wären, würden Sie jemand einstellen, der in einer Nervenklinik gewesen ist?



1= ja

2= unter Umständen

3= nein

Abb.18: Antworten der im 6.Cluster zusammengefaßten Patienten auf die Fragen zur Kontaktbereitschaft

7) Das siebente Cluster setzt sich aus nur 5 Personen zusammen und ist - ebenso wie Cluster 8 - nur bedingt mit den übrigen Clustern vergleichbar, wie bereits oben gesagt wurde.

Das hier beschriebene Cluster ist mit einem Altersdurchschnitt von 59,6 Jahren das älteste. Die Schulbildung entspricht der in Cluster 2, 3 und 8 und liegt damit auf einem recht niedrigen Niveau. In der Berufsausbildung und der beruflichen Stellung zeigen sich jedoch keine signifikanten Unterschiede zu den anderen Clustern. Die Anzahl der Aufnahmen liegt bei 2,6, so daß sich auch hier keine signifikanten Unterschiede zu den anderen Clustern ergeben.

- a) Der CMI - Wert der hier zusammengefaßten Patienten ist mit 58,3 der höchste.
- b) Auch der Wert für die soziale Distanz ist von allen Clustern der höchste. Zusätzlich fällt auf, daß die Distanz dem "Geisteskranken" gegenüber nicht nur sehr hoch ist, sondern daß sie auch - anders als dies bei den übrigen Clustern der Fall ist - größer ist als die dem Asozialen oder dem Verbrecher gegenüber bestehende Distanz.
- c) Bei den Antworten auf die Fragen zur Kontaktbereitschaft zeigt sich ebenfalls eine große Distanz in allen geschilderten Situationen, wie die folgende Tabelle (Abb. 19) zeigt.

Würden Sie Ihre Kinder einem ehemaligen Patienten einer Nervenklinik zur Aufsicht anvertrauen?

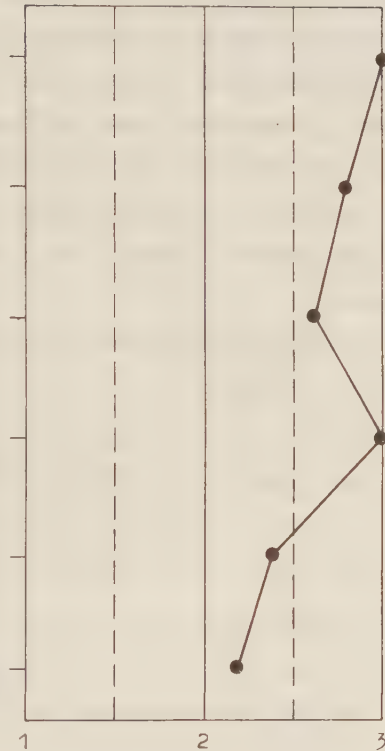
Wären Sie damit einverstanden, daß jemand in Ihre Familie einheiratet, der in einer Nervenklinik gewesen ist?

Wären Sie damit einverstanden, mit jemandem in einer Wohnung zusammenzuleben, der in einer Nervenklinik gewesen ist?

Würden Sie akzeptieren, daß jemand Ihr Vorgesetzter wird, der in einer Nervenklinik gewesen ist?

Wenn Sie eine Wohnung zu vermieten hätten, würden Sie jemand als Mieter nehmen, der in einer Nervenklinik gewesen ist?

Wenn Sie Arbeitgeber wären, würden Sie jemand einstellen, der in einer Nervenklinik gewesen ist?



1= ja

2= unter Umständen

3= nein

Abb.19: Antworten der im 7.Cluster zusammengefaßten Patienten auf die Fragen zur Kontaktobereitschaft

8) Das achte Cluster besteht nur aus zwei Personen. Das Alter liegt mit 28,0 Jahren recht niedrig und entspricht den Alterswerten von Cluster 2 und 4. Die Schulbildung (Volksschule) dieses Clusters gehört - zusammen mit der von Cluster 3 und 7 - zu der schlechtesten. In Berufsausbildung jedoch und in beruflicher Stellung ergeben sich im Vergleich zu den anderen Clustern keine wesentlichen Unterschiede.

Die Anzahl der Aufnahmen (5,5) ist die deutlich höchste aller Cluster.

- a) Der CMI - Wert liegt mit 43,5 im mittleren Bereich, ein statistisch signifikanter Unterschied zeigt sich nur im Vergleich mit dem - sehr hohen - CMI - Wert des siebenten Clusters.
- b) Die soziale Distanz gegenüber dem "Geisteskranken" unterscheidet sich nicht wesentlich von der der übrigen Patienten. Auffällig ist jedoch die (statistisch signifikante) geringe Distanz dem Asozialen gegenüber. Die Distanz gegenüber dem Verbrecher entspricht wieder der der anderen Cluster.
- c) Sehr auffällig ist auch die Kurve der Antwortwerte bei den Fragen zur Kontaktbereitschaft (siehe auch nächste Seite Abb. 20). Hier verläuft nämlich die Antwortkurve der Patienten des achten Clusters den Kurven der übrigen Patienten entgegengesetzt, d.h. es zeigt sich große Kontaktbereitschaft bei

Würden Sie Ihre Kinder einem ehemaligen Patienten einer Nervenklinik zur Aufsicht anvertrauen?

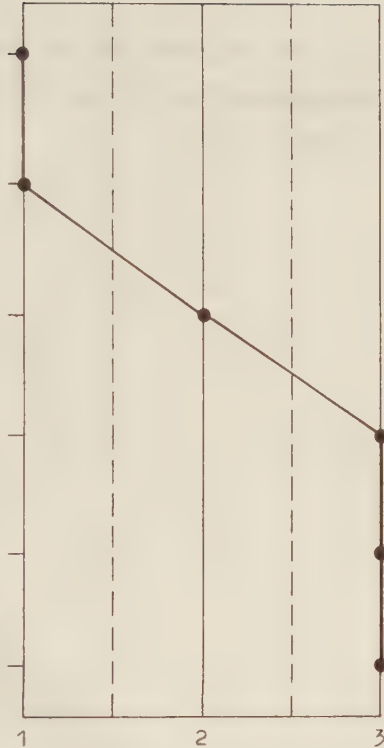
Wären Sie damit einverstanden, daß jemand in Ihre Familie einheiratet, der in einer Nervenklinik gewesen ist?

Wären Sie damit einverstanden, mit jemandem in einer Wohnung zusammenzuleben, der in einer Nervenklinik gewesen ist?

Würden Sie akzeptieren, daß jemand Ihr Vorgesetzter wird, der in einer Nervenklinik gewesen ist?

Wenn Sie eine Wohnung zu vermieten hätten, würden Sie jemand als Mieter nehmen, der in einer Nervenklinik gewesen ist?

Wenn Sie Arbeitgeber wären, würden Sie jemand einstellen, der in einer Nervenklinik gewesen ist?

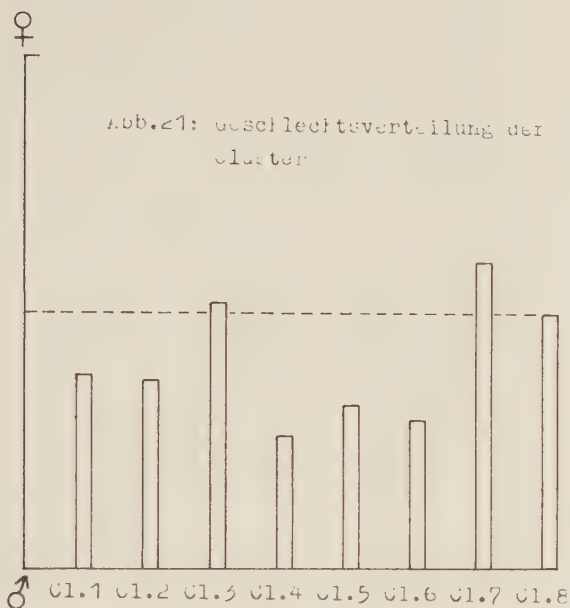


1= ja
2= unter Umständen
3= nein

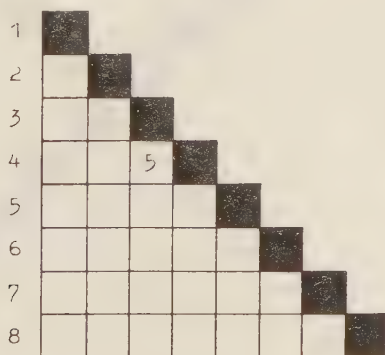
Abb.20: Antworten der im 8.Cluster zusammengefaßten Patienten auf die Fragen zur Kontaktbereitschaft

engem Umgang mit einem ehemaligen Patienten, die bei größerem Abstand in Ablehnung umschlägt.

Auf den folgenden Seiten (83 a - 83 i) finden sich in graphischer Darstellung Einzelinformationen zu den Clustern 1 bis 8.



Cluster



unterscheidet
sich von Cluster

1 2 3 4 5 6 7 8

(Die angegebenen Zahlen entsprechen jeweils dem
Signifikanzniveau in %)

Abb.22: Altersdurchschnitt der Cluster

Cluster 1	34.8 Jahre
2	29.9
3	46.4
4	32.9
5	37.4
6	41.6
7	59.6
8	28.0

Cluster

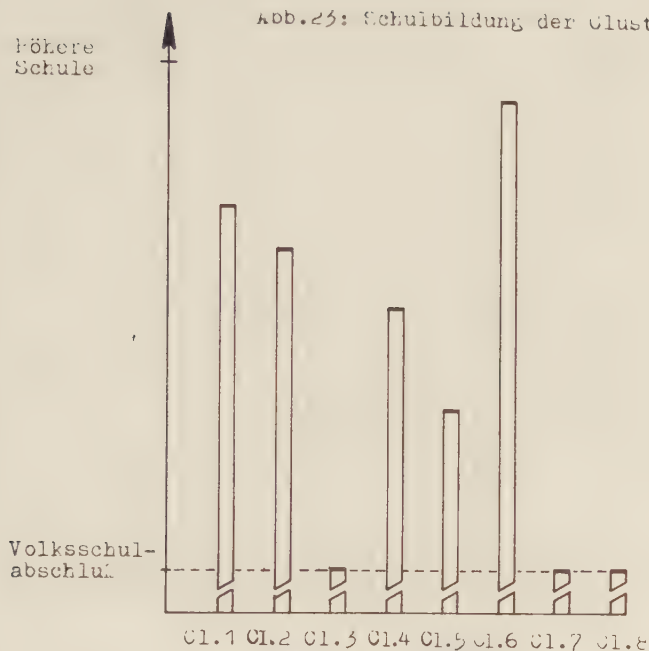
1								
2	5							
3	0.1	0.1						
4			0.1					
5		5	5					
6		1		5				
7	0.1	0.1	1	0.1	.1	0.1		
8	1		0.1		1	0.1	0.1	

unterscheidet
sich von Cluster

1 2 3 4 5 6 7 8

(Die angegebenen Zahlen entsprechen jeweils dem
Signifikanzniveau in %)

Abb. 23: Schulbildung der Cluster



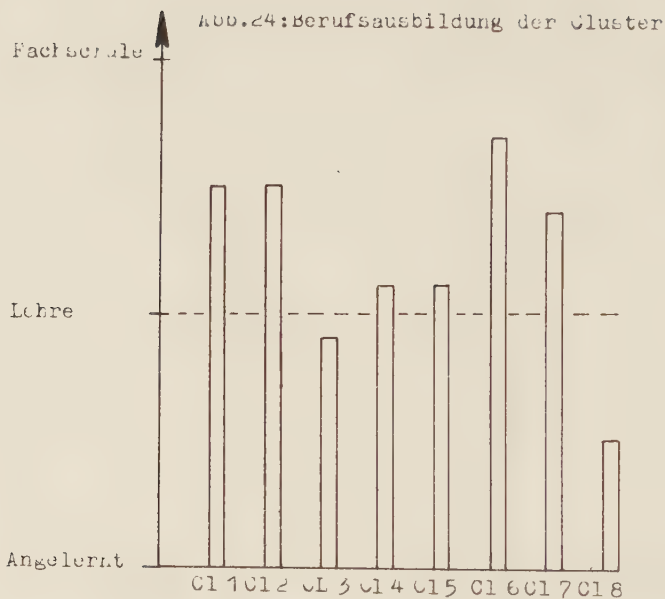
Cluster

1							
2							
3	0.1	0.1					
4		5	1				
5	5						
6			0.1		1		
7	0.1			0.1	5	0.1	
8	0.1	0.1		0.1	5	0.1	

unterscheidet
sich von Cluster

1 2 3 4 5 6 7 8

(Die angegebenen Zahlen entsprechen jeweils dem
Signifikanzniveau in %)



Cluster

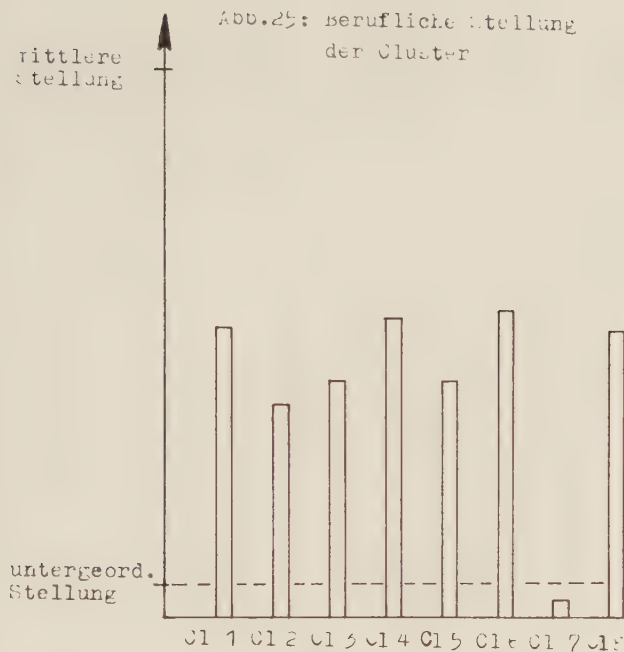
1							
2							
3	0.1	0.1					
4	5	5					
5							
6			1	5			
7			5				
8						1	

unterscheidet
sich von Cluster

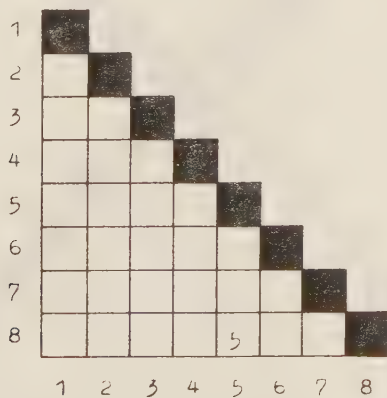
1 2 3 4 5 6 7 8

(Die angegebenen Zahlen entsprechen jeweils dem Signifikanzniveau in %)

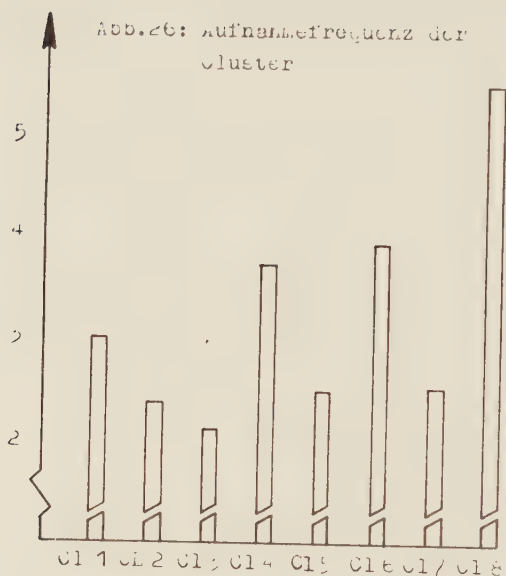
Abb.25: berufliche Stellung
der Cluster



Cluster



(Die angegebenen Zahlen entsprechen jeweils dem
Signifikanzniveau in %)



Cluster

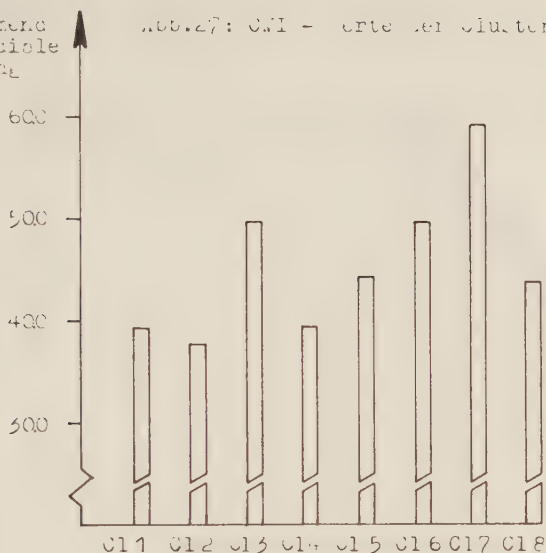
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								

unterscheidet
sich von Cluster

(Die angegebenen Zahlen entsprechen jeweils dem
Signifikanzniveau in %)

Erweiterung
kustodiale
Haltung

Abb. 27: CMI - Werte der Cluster



Cluster

1								
2								
3	0.1	0.1						
4			0.1					
5	0.1	0.1	1	5				
6	0.1	0.1		0.1				
7	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1		
8							1	

unterscheidet
sich von Cluster

1 2 3 4 5 6 7 8

(Die angegebenen Zahlen entsprechen jeweils dem
Signifikanzniveau in %)

Abb.28: Skala der sozialen Distanz (SD)
aller 8 Cluster

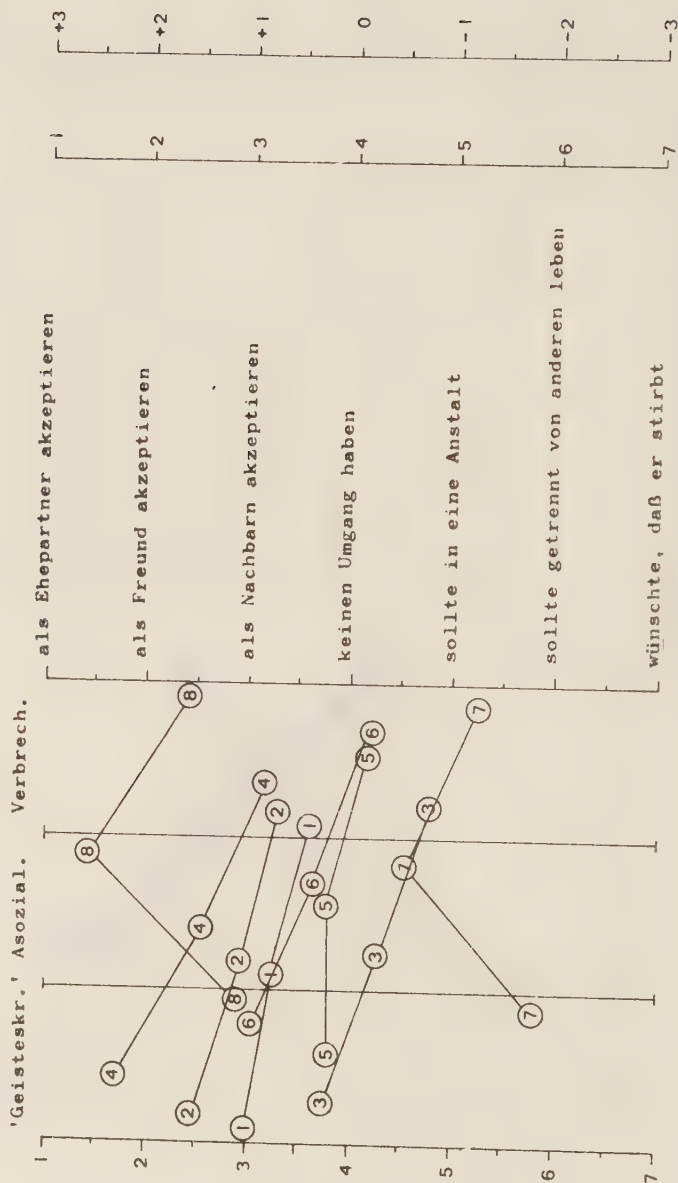
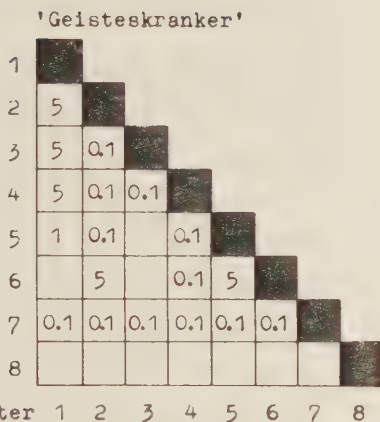


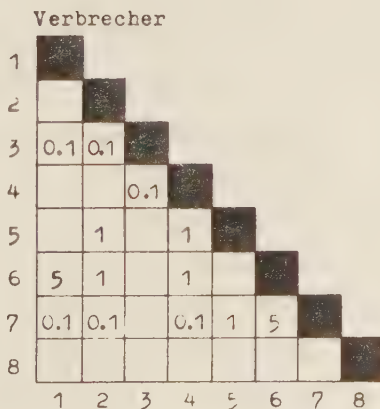
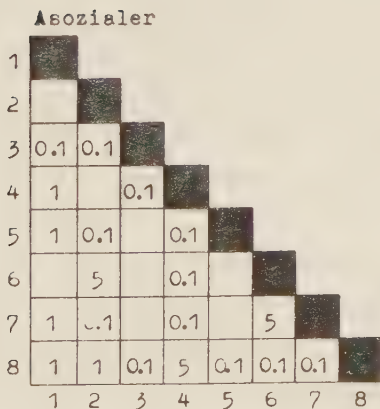
Abb.: 28a

Signifikanzen zu Abb.28

In der Sozialen Distanz unterscheiden sich Cluster



(Die angegebenen Zahlen entsprechen dem jeweiligen Signifikanzniveau in %)



IV Diskussion

A Diskussion der Methodik

In der vorliegenden Arbeit wird versucht, etwas über die Einstellung in Erfahrung zu bringen, die Patienten einer psychiatrischen Klinik haben. Nun sind Einstellungen aber sehr vielschichtig in ihrer Entstehung, und es ist nicht klar, ob das, was man als "gemessene" Einstellung in verbalisierter Form festhält, auch tatsächlich mit den Handlungen des Betreffenden "im Ernstfall" übereinstimmt.

Man kann hier KAHN und JONES (28) nur zustimmen, die anmerkten, daß es keine grundsätzlich einfachen Strukturen in Form bestimmter Einstellungen gibt, sondern daß es sich um recht komplexe Trends handelt, die die Einstellung von Patienten ausmachen. Entsprechend schrieben auch LAINE und LEHTINEN (33) über Einstellungen, sie könnten "als intervenierende Variablen angesehen werden, die nicht zu weitgehenden Schlußfolgerungen auf kausale Zusammenhänge hin berechtigen".

Es sind in letzter Zeit (besonders auch von STUMME (51, 52, 53, 54)) stichhaltige Einwände vorgebracht worden, die sich gegen die aus empirischer Erforschung resultierenden Bewertungen von Urteilen und Vorurteilen gegenüber "Geisteskranken" richten. Hinzu kommt, daß eventuell auch mit verschiedenen Verfahren nur verschiedene Teilaspekte des Phänomens

"Einstellung" erfaßt werden, so daß sich unterschiedliche Bilder ergeben, welche Verfahren man benutzt. Als Hinweis hierauf könnte die Tatsache gelten, daß z.B. in der vorliegenden Untersuchung sich - wie später noch ausgeführt werden wird - beim Vergleich der erfragten Einstellungen von Schizophrenen auf der einen und Neurotikern auf der anderen Seite zwar im Polaritätsprofil zum "Geisteskranken" Unterschiede zeigen, nicht jedoch bei den übrigen angewandten Verfahren.

Andrerseits fehlt es an Untersuchungen zu dem Problemkreis "Einstellungen von Patienten". So schien es trotz der Skepsis, mit der alle derartigen Untersuchungen gesehen werden müssen, gerechtfertigt, zu den oben formulierten Hypothesen mit dem Mittel Einstellungsforschung Stellung zu nehmen. Dabei wurde davon ausgegangen, daß dies dazu beitragen könnte, den Anstoß zu neuen Fragestellungen in diesem Bereich zu geben.

B Diskussion der Ergebnisse

1) Überprüfung der Hypothesen

In der ersten Hypothese war postuliert worden, daß erstmals aufgenommene Patienten einer psychiatrischen Klinik sich in ihrer Einstellung nicht wesentlich von der Öffentlichkeit unterscheiden würden. Auf einen entsprechenden Befund wiesen auch BOHR und HUNT (5) hin.

Entsprechend der Hypothese wurden die Befragungsergebnisse klinisch behandelter psychiatrischer Patienten mit Ergebnissen einer Befragung der Bremer Bevölkerung (25) verglichen.

Die Vergleichbarkeit dieser beiden Gruppen ist dabei nicht unproblematisch. Einmal liegt zwischen den beiden Befragungen ein Zeitraum von 5 Jahren. Gerade in den Jahren zwischen 1967 und 1972 wurden sozialpolitische und gesundheitspolitische Probleme intensiver und breiter diskutiert, und es ist wahrscheinlich, daß diese öffentliche Diskussion nicht ohne Auswirkung auf die Einstellung der Bevölkerung geblieben ist. In welchem Ausmaß jedoch und in welcher Richtung eine Veränderung der Einstellung erfolgt ist, bleibt noch unklar. Diesen Fragen nachzugehen würde den Rahmen der vorliegenden Arbeit sprengen.

Zum anderen muß offen bleiben, wie weitgehend die landsmannschaftlichen Unterschiede zwischen den beiden befragten Populationen sind. Ob bzw. wieweit die

Unterschiede in den Befragungsergebnissen durch die in den beiden Städten eventuell unterschiedlichen Normenvorstellungen und durch die - von JAECKEL und WIESER (24) als "hanseatische Solidität" bezeichneten - charakterlichen Sonderheiten der Bremer beeinflußt werden, kann hier ebenfalls nicht überprüft werden. Es soll hier nur darauf hingewiesen werden, daß es eine Reihe von schwer erfaßbaren Faktoren gibt, die die Vergleichbarkeit der Ergebnisse erheblich erschweren.

Ein weiteres Problem stellt die Vergleichbarkeit der beiden Gruppen hinsichtlich der demographischen Daten dar. Das Durchschnittsalter der Bremer ließ sich annäherungsweise aus den bei JAECKEL und WIESER (25) gemachten Angaben errechnen: es liegt bei 34,2 Jahren (das der befragten erstaufgenommenen Patienten bei 30,0 Jahren).

Die von JAECKEL und WIESER (25) gemachten Angaben zur Schulbildung und der beruflichen Stellung der von ihnen Befragten sind in der Einteilung nicht voll vergleichbar mit den entsprechenden Angaben zu den befragten Patienten.

Es wurde in der nachstehenden tabellarischen Übersicht versucht, mit den von JAECKEL und WIESER (25) gemachten Angaben eine in Prozentsätzen vergleichbare Aufstellung zu Schulbildung und beruflicher Stellung zu erreichen, wobei Ungenauigkeiten in Kauf genommen werden mußten.

Zum Bereich der Berufsausbildung fanden sich bei JAECKEL und WIESER (25) keine Angaben.

In der folgenden Tabelle werden nun - soweit vorhanden - die einzelnen Angaben zu den beiden in der ersten Hypothese interessierenden Gruppen aufgeführt.

Tab. 12 Schulbildung und berufliche Stellung (%)

	erstaufgen. Patienten	befragte Bremer (J u. W)
Anzahl	N = 70	N = 150
männlich	.57	.56
weiblich	.43	.44
Alter	30,0 J.	34,2 J.
Schulbildung		
Hilfs-/Sondersch./ 6 J. Sch.	.06	-
Volksschule	.63	.67
Höhere Schule	.17	.28
Abitur	.14	.05
Berufliche Stellung		
keine	.50	.28
selbständig	.03	.07
unselbst. untergeord.	.29	.18
mittlere	.10	.37
gehobene	.05	.10
leitende	.03	-

Nach der Hypothese war eine recht hohe Übereinstimmung zwischen den von JAECKEL und WIESER (25) als für die Bremer Bevölkerung zutreffend veröffentlichten Ergebnisse und den Ergebnissen der bei der vorlie-

genden Untersuchung befragten erstmals aufgenommenen Patienten zu erwarten.

GIOVANNONI und ULLMANN (27) fanden bei einer Befragung der Einstellung von 35 psychiatrischen Patienten - mit einem durchschnittlichen Klinikaufenthalt von 17 Monaten - keinen großen Unterschied zur Normalbevölkerung. Lediglich im Polaritätsprofil sehen die befragten Patienten sich selbst als nicht so gesund und aktiv wie die Gesunden.

Bei einem Vergleich der Patienten der Berliner psychiatrischen Universitätsklinik mit der Bremer Bevölkerung zeigen sich jedoch deutliche Unterschiede.

So fällt als erstes auf, daß die hier befragten Patienten bereits bei den Antworten auf die ersten Fragen zur Kontaktbereitschaft - die einen recht nahen Umgang mit dem ehemaligen Patienten einer Nervenklinik zum Inhalt haben - eine hohe Kontaktbereitschaft zeigen. Zwar steigt dann, wie zu erwarten, die Bereitschaft, Kontakte einzugehen, bei den folgenden Fragen noch weiter an, jedoch dies nicht mehr so eindeutig wie vermutet (s. Abb. 29).

Vergleicht man nun bei den einzelnen Fragen die Antworten der Patienten mit den entsprechenden Antworten der von JAECKEL und WIESER (25) befragten Bremer Bürger, so fällt auf, daß bei den ersten beiden Fragen zur Kontaktbereitschaft ("Würden Sie Ihre Kinder einem ehemaligen Patienten einer Nervenklinik zur Aufsicht anvertrauen?" und "Wären Sie damit einver-

Würden Sie Ihre Kinder einem ehemaligen Patienten einer Nerven-
klinik zur Aufsicht anvertrauen?

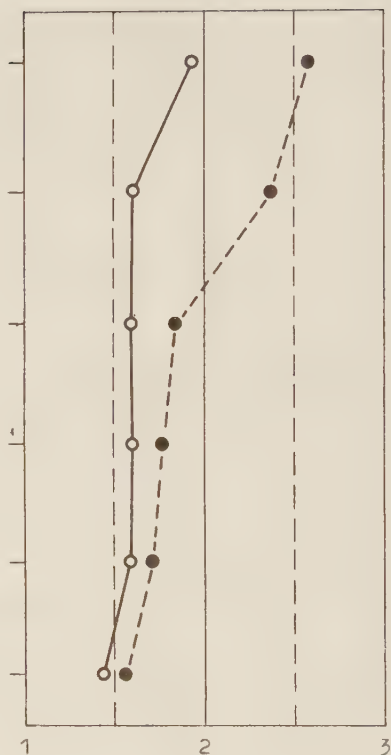
Wären Sie damit einverstanden, daß jemand in Ihre Familie einheiratet,
der in einer Nerven-
klinik gewesen ist?

Wären Sie damit einverstanden, mit jemandem in einer Wohnung zusammenzuleben,
der in einer Nerven-
klinik gewesen ist?

Würden Sie akzeptieren, daß jemand Ihr Vorgesetzter wird, der in einer
Nerven-
klinik gewesen ist?

Wenn Sie eine Wohnung zu vermieten hätten, würden Sie jemand als Mieter nehmen,
der in einer Nerven-
klinik gewesen ist?

Wenn Sie Arbeitgeber wären, würden Sie jemand einstellen, der in einer
Nerven-
klinik gewesen ist?



1= ja

2= unter Umständen

3= nein

○—○ erstaufgenommene Patienten

●---● Bremer Bevölkerung

Abb. 29: Antworten auf die Fragen zur Kontaktbereitschaft der erstaufgenommenen Patienten und der Bremer Bürger

standen, daß jemand in Ihre Familie einheiratet, der in einer Nervenklinik gewesen ist?") die deutlich ablehnende Haltung der Bremer sich abbildet, die sich erst bei den folgenden Fragen der positiveren Einstellung der Patienten nähert. Es zeigt sich also hier eine weniger distante und positivere Haltung der erstmals in einer psychiatrischen Klinik in Berlin aufgenommenen Patienten im Vergleich zur Bremer Bevölkerung.

Auch beim Vergleich der Polaritätsprofile der beiden genannten Gruppen werden die unterschiedlichen Einstellungen deutlich. Zuerst fällt auf, daß die befragten Patienten sich zurückhaltender äußern und mit ihren Zuordnungen im Polaritätsprofil sich durchgehend dicht an der Mittelachse des "weder - noch" bewegen. Im Gegensatz hierzu sind die Zuordnungen der Begriffe bei der Bremer Bevölkerung entschiedener und eindeutiger. Es zeigt sich indessen bei beiden Gruppen in der Zuordnung eine ähnliche Tendenz, wie aus dem Parallelverlauf der beiden Polaritätsprofile deutlich wird (s. Abb. 2), jedoch meinen die befragten Patienten, daß die jeweiligen im Polaritätsprofil aufgeführten Eigenschaften bei den "Geisteskranken" in sehr viel geringerer Ausprägung vorhanden sind.

Die Patienten der Berliner Universitäts-Nervenklinik wurden mit dem gleichen Polaritätsprofil nicht nur zum "Geisteskranken", sondern auch zum Gesunden und zu

einem "Patienten einer Nervenlinik wie dieser" befragt (s. Abb. 3).

Vergleicht man nun die Polaritätsprofile, die der Vorstellung der befragten Patienten darüber Ausdruck verleihen, wie ein Gesunder und ein Patient einer "Nervenlinik wie dieser" sich vom "Geisteskranken" unterscheiden, dann fällt auf, daß entsprechend den Bremern auch die erstmals aufgenommenen Patienten dem "Geisteskranken" im Vergleich zum Gesunden (und auch im Vergleich zu dem fiktiven Patienten einer Klinik wie dieser) die jeweils negativeren Attribute zugeordnet haben. Trotzdem bleibt die Diskrepanz im Polaritätsprofil zwischen befragten Bremern und befragten Patienten deutlich. Der Verlauf des Polaritätsprofils des "Patienten einer Klinik wie dieser" verläuft über weite Strecken zwischen dem des Gesunden und dem des "Geisteskranken".

Bei den Überlegungen zu diesen Befunden darf jedoch nicht außer acht gelassen werden, daß unklar bleibt, welchen Einfluß die erfragten Einstellungen auf das Verhalten der Befragten überhaupt haben. So schrieben z.B. SPIRO, SIASSI und CROCETTI (49), daß sich nach ihren Untersuchungen kein Zusammenhang zwischen der Fähigkeit, einen "Geisteskranken" zu erkennen und der Einstellung dem "Geisteskranken" gegenüber, findet. So berichten auch CUMMING und CUMMING 1967 (12), daß nach ihren Untersuchungen der Durchschnittsbürger einer kanadischen Gemeinde nicht mit einem

ehemaligen Patienten einer Nervenlinik als Nachbarn wohnen wollte, andererseits aber in eben dieser Gemeinde ein offensichtlich an einer chronischen paranoid-halluzinatorischen Psychose leidender Mann mehr als 20 Jahre gelebt hatte, ohne daß er als krank angesehen worden wäre.

Es ist von GRUNT (19) und besonders von STUMME (51, 53) darauf hingewiesen worden, daß der Begriff "Geisteskranker" bei der Laienbevölkerung mit einer ganz bestimmten Vorstellung - nämlich von einem schwerst-gestörten Patienten - verbunden ist, und daß aus einer bestimmten Einstellung dem "Geisteskranken" gegenüber nicht auf eine Einstellung allen psychisch Kranken gegenüber geschlossen werden dürfe.

Dies könnte den Unterschied im Polaritätsprofil zwischen dem "Geisteskranken" und dem "Patienten einer Nervenlinik wie dieser" erklären, wenn man annimmt, daß das Polaritätsprofil des "Patienten einer Nervenlinik wie dieser" das Bild der Befragten von einem "normalen" psychiatrischen Patienten wiedergibt und das Polaritätsprofil des "Geisteskranken" das Bild eines Schwerkranken.

Die Einstellung gegenüber "Geisteskranken" ist sicher sehr vielschichtig und hängt eng - wenn auch nicht nur - mit der Vorstellung von psychischen Krankheiten zusammen (van WEERDEN-DIJKSTRA (57)).

Daß die Bevölkerung nicht einfach nur durchgehend negativ ist in ihrer Einstellung, wurde von den oben

bereits zitierten Autoren STUMME und GRUNT betont. Es geht dies auch aus einer Veröffentlichung von MARX (39) hervor, der bei einer Befragung der Bevölkerung zu ihren Vorstellungen darüber, wie eine psychiatrische Klinik aussehen sollte, bei den Befragten eine alles andere als "kustodiale" Einstellung fand, und zwar unabhängig vom Bildungsstand.

Einen gleichsinnigen Hinweis gaben auch JAECKEL und WIESER (24) bereits 1967, als sie schrieben: "... das Bild des Geisteskranken deckt sich nicht mit dem des Patienten einer Nervenklinik."

Trotz aller Bedenken und bei vorsichtiger Interpretation der Ergebnisse kann festgestellt werden: bei Benutzung der gleichen Items im Polaritätsprofil zeigen die darin gefundenen Ergebnisse eine positive Einstellung zum "Geisteskranken" bei den befragten Patienten im Vergleich zu den Bremern, wie auch in den - jeweils gleichen - Fragen zur Kontaktbereitschaft die befragten Patienten dem "ehemaligen Patienten einer Nervenklinik" gegenüber eine deutlich größere Kontaktbereitschaft zeigten.

Aus einer Befragung des gesamten Personals der Psychiatrischen Klinik der FU Berlin, die von CAROZZO 1971 durchgeführt worden war (10), wurde für die vorliegende Untersuchung die Custodial Mental Illness Ideology Scale (CMI) und die Skala der sozialen Distanz (SD) übernommen.

Es lassen sich also die damals bei der Befragung des Personals ermittelten Werte mit den jetzt bei der vorliegenden Untersuchung gefundenen Antworten der befragten Patienten vergleichen, wobei klar ist, daß wegen der Unterschiede - besonders hinsichtlich Alter und Schulbildung sowie beruflicher Stellung - zwischen den beiden Populationen die Aussagekraft eines solchen Vergleiches äußerst beschränkt ist.

Für das gesamte Klinikpersonal (bestehend aus Ärzten, Psychologen, Beschäftigungstherapeuten, Krankengymnastinnen, MTAs, Schwestern, Pflägern, Stationshilfen, Stenotypistinnen und Sekretärinnen, Verwaltungspersonal und Küchen- und Reinigungspersonal) ergab sich in der Untersuchung von CAROZZO ein Mittelwert in der CMI - Skala von 40,2. Dieser Wert liegt auf der Skala im mittleren Bereich.

Die erstmals aufgenommenen Patienten erreichen mit 39,1 einen gleich hohen Wert, der ebenfalls die Mitte hält zwischen custodialer und humanitärer Vorstellung von der Behandlung "Geisteskranker", so daß sich hier zwischen den beiden Gruppen bei einem Vergleich der Mittelwerte keine Unterschiede ergeben.

Die Skala der sozialen Distanz wurde in der Untersuchung von CAROZZO (10) ebenfalls benutzt. Hier ergab sich für das Personal der Klinik ein Mittelwert von 0,49, d.h. die Angehörigen der Klinik lagen mit ihrer Aussage zum "Geisteskranken" zwischen den Werten

für "Ich wollte keinen Umgang mit ihm haben" (0) und "Ich könnte ihn als Nachbarn akzeptieren" (+1). Die befragten Patienten zeigen hier einen positiven Wert und tendieren mit +0,8 deutlich zu der Aussage "Ich könnte ihn als Nachbarn akzeptieren".

Es muß daher gesagt werden, daß nach den vorliegenden Ergebnissen sich die Hypothese 1 in dieser Form nicht bestätigen läßt.

Warum dies so ist, läßt sich aus den gewonnenen Ergebnissen nicht klar ablesen.

Eine Erklärungsmöglichkeit läge in der Annahme, daß die beiden verglichenen Gruppen nicht absolut vergleichbar sind. Das wäre z.B. der Fall, wenn die oben bereits erörterten Möglichkeiten eines allgemeinen und kräftigen Meinungsumschwunges in den Jahren zwischen 1967 und 1972 Realität wären, und / oder wenn die ortsspezifischen Einwirkungen auf die Einstellung so groß wären, daß dadurch keine Vergleichbarkeit mehr gegeben wäre.

Eine mögliche Erklärung könnte auch die Annahme sein, daß das Eigenerleben der Krankheit die Patienten toleranter macht. Das hätte jedoch zur Voraussetzung, daß diese Patienten sich bewußt als "psychisch Kranke" selbst beurteilen würden. Wie weit das der Fall ist, läßt sich aus den vorliegenden Ergebnissen nicht ablesen.

Auch die Frage, welchen Einfluß Dauer und Art der Er-

krankung sowie praemorbide Persönlichkeit auf die oben geschilderten Einstellungen haben, läßt sich im Rahmen der vorliegenden Untersuchung nicht klären.

2) In der zweiten Hypothese war postuliert worden, daß Patienten, die sich bereits mehrfach in nerven-klinischer Behandlung befanden, sich in ihrer Einstellung von erstmals aufgenommenen unterscheiden. Bei der Aufstellung dieser Hypothese war davon ausgegangen worden, daß der häufigere und intensivere Kontakt mit Patienten einer psychiatrischen Klinik und auch die genauere Kenntnis einer solchen Institution zu einer meßbar positiveren Einstellung führen würde.

Zum Zeitpunkt der Formulierung dieser Hypothese war davon ausgegangen worden, daß die erstmals aufgenommenen Patienten sich nicht von der "Normalbevölkerung" unterscheiden würden, und eine "Entwicklung einer positiven Einstellung" erst nach mehrfachen Aufnahmen einsetzen würde.

Nachdem nun bereits bei der Prüfung der ersten Hypothese sich eine positivere Einstellung der Patienten zum Zeitpunkt der ersten Aufnahme gezeigt hatte, ist nicht damit zu rechnen, daß eine weitere "Steigerung" der positiven Einstellung so ausgeprägt ist, daß sie den Anforderungen der statistischen Signifikanzprüfung standhalten würde.

Der intensive und häufige Umgang mit psychiatrischen Patienten alleine bewirkt offenbar keine positive Einstellung, wie aus den Ergebnissen der Untersuchung von CAROZZO (10) bereits erkennbar ist.

Eine mögliche Erklärung dafür, daß auch bei längerem Klinikaufenthalt es bei den Patienten nicht zu einer positiveren Einstellung kommt, sahen BOHR und HUNT (5) in einer wechselseitigen Verstärkung negativer Einstellungen zwischen Patienten und Stationshilfen, den Hauptkontaktpersonen der Patienten.

Einen vergleichbaren Befund berichteten KAHANA und COE (27) bei einem Vergleich von Selbst- und Fremdbild von in einem Heim lebenden Alten, wo sich die länger dort lebenden in ihrem Selbstbild dem des Personals stärker annäherten.

Es wäre auch vorstellbar, daß bei Befragung der Patienten zum "Geisteskranken" (besonders bei den mehrfach aufgenommenen) etwas vom Selbstbild in die Beurteilung einfließt und sie damit negativ tönt, da sich das Erleben des -mehrfachen- eigenen Versagens mit abbildet.

CRUMPTON, WEINSTEIN, ACKER und ANNIS (11) berichteten 1967 von einer Befragung von psychiatrischen Patienten und Abendschülern im Vergleich, wo die befragten Patienten wohlwillender ("more charitable") dem psychisch Kranken gegenüber in ihrer Einstellung gewesen seien als die Gesunden. Die Autoren wiesen

auf den Gegensatz zwischen ihren Befunden und denen von GIOVANNONI und ULLMANN (17) hin, die bei einem Vergleich der Antworten der von ihnen befragten Patienten mit den von NUNNALLY (41) veröffentlichten Meinungen und Einstellungen Gesunder keinen signifikanten Unterschied fanden. Die Einstellung der befragten Patienten sei "ebenso extrem negativ wie die Einstellung Gesunder gegenüber dem Geisteskranken" (eig. Übers.).

Die bei der vorliegenden Untersuchung erhobenen Befunde widersprechen - wie nach den oben angeführten Überlegungen zu erwarten war - der hypothetisch angenommenen Unterscheidbarkeit der Einstellungen der erstmals und der mehrfach aufgenommenen Patienten.

Weder in der CMI - Skala, noch in den Skalen der sozialen Distanz gegenüber dem "Geisteskranken", dem Asozialen und dem Verbrecher, noch bei den Fragen zur Kontaktbereitschaft zeigen sich zwischen den beiden Patientengruppen Unterschiede. Auch in den Polaritätsprofilen ergeben sich insgesamt keine statistisch gesicherten Unterschiede.

Nach den hier wiedergegebenen Ergebnissen wären also die Einstellungen der erstmals und die der mehrfach aufgenommenen Patienten gleich. Dies ist jedoch unwahrscheinlich, würde es doch bedeuten, daß die Erfahrung mehrfacher Aufnahmen in psychiatrische Kliniken ohne Einfluß bleibt - einmal ganz abgesehen von

Spekulationen über Art und Schwere von Erkrankungen, die häufige Aufnahme nötig machen.

Da die erst aufgenommenen Patienten sich von der "Normalbevölkerung" unterscheiden (s. Diskussion Hypothese 1), könnte geschlossen werden, daß ein Umschwung in der Einstellung gleichzeitig mit der 1. Aufnahme in die Klinik erfolgt, die dann auch bei nachfolgenden weiteren Aufnahmen keine Änderung mehr erfährt.

Wahrscheinlicher ist es, daß es nicht einen plötzlichen Meinungsumschwung zum Zeitpunkt der Klinikaufnahme gibt, sondern daß die Änderung der Einstellung gegenüber psychisch Kranken als nicht bewußter Prozeß in der Zeit der Erkrankung vor Klinikaufnahme bereits wirksam ist. Es hat dann bei vielen Patienten - eventuell auch über längere Zeit - das Erlebnis der eigenen Insuffizienz und Andersartigkeit bestanden, das in der Klinikaufnahme seinen Höhepunkt fand.

Auf die Möglichkeit des Einflusses verschiedenartiger normativer Vorstellungen in Bremen und Berlin, die die Vergleichbarkeit der Bremer und der Berliner Befragungsergebnisse zusätzlich erschweren, wurde bereits hingewiesen.

Die Tatsache, daß sich in der Einstellung zwischen erstmals und mehrfach aufgenommenen Patienten kein Unterschied finden läßt, dürfte eher darauf zurückzuführen sein, daß die - nach empirisch-kasuistischer

Erfahrung sicher vorhandenen - Unterschiede sich mit den angewandten Verfahren nicht erfassen lassen, sondern sozusagen durch das Netz der Fragen fallen und sich damit der Beschreibung entziehen, oder eventuell auch darauf, daß sich gegenläufige Prozesse (positiver und negativer Einstellungen) gegenseitig neutralisieren.

3) In der dritten Hypothese war davon ausgegangen worden, daß das Alter der Befragten ein unterscheidender Faktor sei, wobei für die jüngeren Befragten eine positivere Haltung erwartet wurde.

In einer Untersuchung der Einstellung gegenüber den Alten fanden THORSON, WHATLEY und HANCOCK (56) eine signifikant positivere Einstellung bei den jüngeren (und besser ausgebildeten) Befragten. Selbst wenn man berücksichtigt, daß in die Einstellung gegenüber den Alten stärker der Faktor "Alter der Befragten" eingehen wird - in welcher Richtung auch immer - so scheint es doch erlaubt, hier Parallelen anzunehmen.

In einem Übersichtsartikel zu Einstellungsuntersuchungen über psychisch Kranke wies REINHARDT-SCHNADT (44) darauf hin, daß sich bei Familien- und Bevölkerungsuntersuchungen "eine liberalere Einstellung gegenüber den Kranken" bei den Jüngeren finden läßt, obwohl der Faktor "Alter" offenbar nicht isoliert betrachtet werden könne.

Entsprechend schrieben LAINE und LEHTINEN (33) anläßlich einer Einstellungsuntersuchung, daß in ihrem Material das Alter alleine nicht durchgehend mit einer bestimmten Einstellung korrelierte, jedoch fanden sie, daß ältere Männer und jüngere Frauen jeweils eine positivere Einstellung hatten.

In den bei der vorliegenden Untersuchung gefundenen Ergebnissen zeigen sich nun ganz eindeutige Unterschiede zwischen den beiden nach Alter gebildeten Gruppen.

Die jüngeren der befragten Patienten sind dabei entsprechend der hypothetischen Forderung deutlich positiver in der Einstellung.

Es scheint sich also tatsächlich hier ein stärkeres Verständnis oder Einfühlungsvermögen für den von der Norm abweichenden Kranken oder Schwachen niederzuschlagen, das seinen Ausdruck findet in einer vorurteilsfreieren Grundhaltung Minoritäten und devianten Gruppen gegenüber. Es besteht sozusagen für die Jüngeren keine psychologische Notwendigkeit, die "Geisteskranken" als etwas Bedrohliches deutlich von den Gesunden zu unterscheiden bzw. sie abzutrennen. Dies wird auch deutlich aus der geringeren Distanz zwischen den Polaritätsprofilen zum "Geisteskranken" und zum Gesunden, wie sie von den Jüngeren gesehen werden.

Dies scheint besonders bemerkenswert, wenn man der

Argumentation - auf die oben bereits hingewiesen wurde - folgt und annimmt, daß für die Bevölkerung der "Geisteskranken" ein schwer gestörter Patient ist. Die geringe Distanz der jüngeren Patienten zum "Geisteskranken" wird dadurch noch eindrucksvoller.

Diese bei den jüngeren Patienten bemerkbare Auflockerung rigider Wertnormen (und damit die Möglichkeit, von den Normen abzuweichen) erscheint schon per se positiv. Vielleicht spielt bei den Jüngeren hier auch eine Rolle, daß manche von ihnen selbst schon von Älteren als "Normabweicher" bezeichnet wurden oder auch sich selbst so gesehen haben. Solche Erlebnisse könnten mit erklären, warum die Jüngeren für den Kranken als "Normabweicher" mehr Verständnis zeigen.

Ein wenig mag dieses sehr positive Bild der Jüngeren relativiert werden durch die Überlegung, daß bei den Jüngeren ein gewisser Einfluß auf die Äußerungen durch die (vorstellbare) größere Flexibilität in der Meinungsäußerung und ein besseres Erfassen dessen vorstellbar ist, was eventuell als "wünschenswerte Einstellung" vom Untersucher nach Meinung der Befragten erwartet werden könnte.

In jedem Falle bleibt festzuhalten, daß sich mit jedem der benutzten Verfahren die deutlich positivere Einstellung der jüngeren Patienten erfassen ließ, und damit die dritte Hypothese als bestätigt angesehen werden kann.

4) Von verschiedenen Autoren (KAHN und JONES (28), LAINE und LEHTINEN (33), KURTZ, KURTZ und HOFFNUNG (32) und BOHR und HUNT (5)) ist auf Abhängigkeiten der Einstellung von dem Bildungsgrad und Sozialstatus der Befragten hingewiesen worden.

GRUNT (19) schrieb, daß "das für die Behandlung des Bereiches psychischer Erkrankungen notwendige Vokabular mit dem Sprachschatz von Mittel- und Oberschicht übereinstimmt", 'so daß auch hierin ein Grund für eine positivere Einstellung der besser Ausgebildeten liegen könnte.

THORSON (55) bezeichnete die Dauer der Ausbildung ("years of education") als wesentliche Determinante der Einstellung (gegenüber den Alten) und schrieb anlässlich einer anderen Einstellungsuntersuchung (56) im gleichen Jahr, daß sich "keine wesentlichen Unterschiede in der Einstellung nach den Variablen "Rasse" und "soziale Klassenzugehörigkeit"" (eig. Übers.) finden ließen. Dabei bliebe aber zu fragen, ob man Bildungsstand und Klassenzugehörigkeit als voneinander völlig unabhängig betrachten kann.

Bei Auswertung älteren Materials hatten dagegen - anders als später der oben zitierte THORSON (55) - FREEMAN und KASSEBAUM (15) gefunden, daß zwischen Bildungsstand sowie Faktenwissen einerseits und Einstellung und Meinung zu Geisteskrankheiten andererseits keine direkte Verbindung bestehe.

So berichtete auch MARX (39) in der bereits erwähn-

ten Arbeit, daß sich bei der Befragung der Bevölkerung zu der Vorstellung, wie eine Nervenklinik aussehen bzw. eingerichtet und betrieben werden sollte, bei den Befragten keine Unterschiede nach dem Bildungsstand ergaben.

Die in der vorliegenden Untersuchung befragten Patienten zeigen bei der Gruppierung nach dem Schul- und Berufsausbildungsgrad die in der Hypothese angenommenen Unterschiede - wenn auch nicht durchgehend in allen Skalen.

Daß sich dieser Unterschied findet, weist auf eine besonders geringe Distanz bzw. eine besonders positive Einstellung der besser ausgebildeten Patienten hin, denn beide Gruppen haben insgesamt eine sehr positive Einstellung, z.B. im Vergleich zu den mehrfach Aufgenommenen. Dies erklärt sich am ehesten aus dem niedrigen Durchschnittsalter (32,6 Jahre bei den schlechter Ausgebildeten, 29,1 Jahre bei den besser Ausgebildeten) der beiden Gruppen.

Zur Ausschaltung von Wechselwirkungen müßte wohl eine Varianzanalyse über die Variablen Alter, sozio-kultureller Hintergrund und Einstellung gerechnet werden.

In der Skala der sozialen Distanz haben die Patienten mit dem besseren Bildungsstand gegenüber dem "Geisteskranken" ($p < .01$) und dem "Asozialen" ($p < .05$) deutlich die geringere Distanz, während dem Verbrecher gegenüber beide die gleiche Distanz

(... "keinen Umgang haben") zeigen.

Wie bereits erwähnt, setzen sich diese Unterschiede in der Einstellung bei den Fragen zur Kontaktbereitschaft nicht so eindeutig fort.

Von den 6 Fragen zur Kontaktbereitschaft finden sich nur bei zweien signifikante Unterschiede in den Antworten. So könnten die besser ausgebildeten den ehemaligen Patienten einer Nervenklinik eher als Vorgesetzten akzeptieren und wären auch eher bereit - wären sie Arbeitgeber - einen ehemaligen Patienten einer Nervenklinik einzustellen.

Es fällt auf, daß dies die beiden einzigen Fragen aus dem Arbeitsbereich sind; es wäre vorstellbar, daß in die Antworten spezielle Arbeitsplatzprobleme der besser Ausgebildeten mit eingehen. So wäre denkbar, daß die besser Ausgebildeten in ihrem Arbeitsbereich mit größerer Eigenverantwortung arbeiten und damit einen Vorgesetzten nicht so leicht als Kontrollinstanz erleben und auch im Hinblick auf ihre eigene (differenziertere) Tätigkeit größeres Selbstbewußtsein entwickeln.

Zum anderen wäre vorstellbar, daß die besser Ausgebildeten selbst in größerem Umfang in vorgesetzten Positionen tätig sind, und sich in der Antwort - projektionsartig - der Wunsch widerspiegelt, von ihren Untergebenen auch nach der Klinikentlassung noch als Vorgesetzter akzeptiert zu werden und diese Funktion auch weiter ausfüllen zu können.

Eine entsprechende Erklärung ergäbe sich dann auch für die größere Bereitschaft der besser Ausgebildeten, dem ehemaligen Patienten eine Arbeit zu geben. Geht man wiederum von der Vorstellung aus, daß diese Befragten eine differenziertere Tätigkeit ausüben, die z.B. ständige Konzentrationsfähigkeit und rasches Einstellen auf neue Situationen erfordert, so könnten auch hier wieder die besser Ausgebildeten stärker den Verlust ihres Arbeitsplatzes und Schwierigkeiten bei der Arbeitssuche fürchten und daher eine größere Bereitschaft ausdrücken, einen solchen Patienten selbst einzustellen.

Vergleicht man nun die Polaritätsprofile der beiden nach Ausbildung unterschiedenen Gruppen, so finden sich die oben beschriebenen positiven Einstellungen der besser Ausgebildeten nicht wieder. Nur bei 3 der 30 Begriffspaare zum "Geisteskranken" ergaben sich zwischen beiden Gruppen signifikante Unterschiede: stark - schwach, einflußreich - bedeutungslos und gepflegt - ungepflegt. Interessanterweise sind bei diesen Items die jeweils positiveren Werte bei den bildungsmäßig schlechter gestellten Patienten zu finden.

Im Polaritätsprofil zum Gesunden finden sich nur zwei Items (begabt; einflußreich), bei denen der Unterschied signifikant ist. Hier kommen die positiveren Einschätzungen wiederum von den besser Ausgebildeten.

Im letzten Polaritätsprofil ("Patient einer Klinik wie dieser") finden sich zwar mehr unterschiedliche Zuordnungen, jedoch ohne daß sich eine der beiden Gruppen eindeutig positiver äußerte als die andere.

Es ergibt sich also aus den Polaritätsprofilen kein eindeutiges Bild, das einer einleuchtenden Interpretation zugänglich wäre.

Insgesamt muß gesagt werden, daß sich - zumindest mit den hier angewandten Verfahren - ein eindeutiger Unterschied in den Einstellungen in Abhängigkeit von der Schul- und Berufsausbildung nicht finden läßt, so daß im Rahmen der vorliegenden Untersuchung keine Angaben zur Einflußstärke dieser Variablen gemacht werden können.

5) In der letzten Hypothese war davon ausgegangen worden, daß es eine unterscheidbare, "spezifische" Einstellung schizophrener Patienten geben könne. So hatten 1965 CRUMPTON, WEINSTEIN, ACKER und ANNIS (11) bei einer Untersuchung der Vorstellungen, die Schizophrene und Gesunde von Normalität und Geisteskrankheit haben, geschrieben, daß die befragten Schizophrenen den "Geisteskranken" eher als unmoralisch denn als krank ansahen.

Bereits 1963 hatten MANIS, HOUTS und BLAKE (38) von der "moralisierenden" Vorstellung berichtet, die die "gestörteren" Patienten hatten (ohne jedoch für diese explizit die Diagnose Schizophrenie zu stellen).

Im übrigen gibt es kaum Untersuchungen, in denen Patienten verschiedener diagnostischer Zuordnung in ihren Einstellungen verglichen wurden. 1962 hatten IMRE und WOLF (23) neben Schwesternschülerinnen (student nurses) und Krankenhausangestellten auch Alkohol-Patienten und "Nicht-Alkohol-Patienten" zu ihren Einstellungen gegenüber Nervenkliniken befragt, ohne daß jedoch hier die Gruppe der "Nicht-Alkohol-Patienten" weiter differenziert worden wäre. Die beiden Autoren berichteten von einem signifikanten Unterschied in der Einstellung der beiden Patienten-Gruppen, wobei die "Nicht-Alkohol-Patienten" die weniger wohlwollende (less favorable) Einstellung hatten.

BENTICK (2) befragte bei einer Untersuchung der einstellungsmäßigen Atmosphäre in den Heimen von psychiatrischen Patienten 50 männliche Schizophrene und eine gleiche Zahl Angehöriger und verglich die Werte mit denen einer Kontrollgruppe von internen Patienten und deren Angehörigen. Bemerkenswert an den von ihr berichteten Befunden ist, daß "die Schizophrenen am wenigsten wohlwollend (benevolent) von allen sind" (eig. Übers.). Es finden sich hier keine Angaben zur Krankheitsdauer der beiden befragten Gruppen, so daß offen bleiben muß, wieweit z.B. das Erlebnis der eigenen chronischen Insuffizienz zu der besonders negativen Einstellung beiträgt.

Wie bereits bei der Darstellung der Ergebnisse er-

wähnt, ergaben sich nach der vorliegenden Untersuchung keine Hinweise auf eine moralisierende oder ablehnende Einstellung der schizophrenen Patienten im Vergleich zu Neurotikern, sondern es zeigte sich beim Vergleich der Polaritätsprofile (nur hier hatten sich signifikante Unterschiede ergeben), daß durchgehend die positiveren Bewertungen von den Schizophrenen gemacht wurden.

Worauf diese Differenz in der Einstellung der beiden Gruppen zurückzuführen ist, läßt sich aus dem hier vorliegenden Material nicht ermitteln. Auffällig erscheint, daß die Differenz nur in den Polaritätsprofilen zu finden ist, nicht aber bei den übrigen der angewandten Verfahren, was darauf hindeuten könnte, daß doch ein erheblicher Unterschied in dem besteht, was durch die verschiedenen Verfahren erfaßt wird.

Dem naheliegenden Verdacht, daß dieser Unterschied zustande kommen könnte durch die Abbildung eines speziellen "schizophrenen Assoziationshalos" zu den verschiedenen Items, widersprechen die Ausführungen von OSGOOD, SUCI und TANNENBAUM (42); sie berichteten, daß sie nach einer Untersuchung von BOPP (6) auf Grund der dort erhobenen Befunde "die Annahme zurückweisen müssen, daß der semantische Bezugsrahmen Schizophrener sich von dem Normaler unterscheidet" (eig. Übers.).

Abschließend kann gesagt werden, daß sich die hypo-

thetisch angenommene negative Einstellung der bei dieser Untersuchung befragten Schizophrenen nicht nachweisen ließ, sondern daß sich im Gegenteil im Polaritätsprofil eine eher positive Einstellung der Schizophrenen abzeichnete, zu deren Erklärung und Deutung das vorliegende Material nicht ausreicht.

2) Diskussion der Cluster-Analyse

Die Zusammenfassung der Patienten zu Gruppen erfolgt bei der Cluster-Analyse nicht (wie oben) nach jeweils nur einem Merkmal, sondern nach gleichzeitiger, möglichst hoher Übereinstimmung verschiedener Variablen (im vorliegenden Falle CMI - Wert, Skala der sozialen Distanz und Fragen zur Kontaktbereitschaft), so daß die Willkürlichkeit in der Gruppenbildung vermindert wird.

Bei dem folgenden Vergleich der Cluster untereinander soll das Cluster 8 außer acht gelassen werden. Es handelt sich hierbei um nur zwei Patienten, deren Antwortprofile denen der übrigen Cluster so widersprechen, daß - wie bereits oben ausgeführt - angenommen werden kann, daß es sich hier um "Ausreißer" handelt.

Bei einem Vergleich der übrigen Cluster fällt als erstes auf, daß eine Abhängigkeit der Einstellungen, wie sie sich in der CMI - Skala, den Fragen zur Kontaktbereitschaft und der Skala der sozialen Distanz

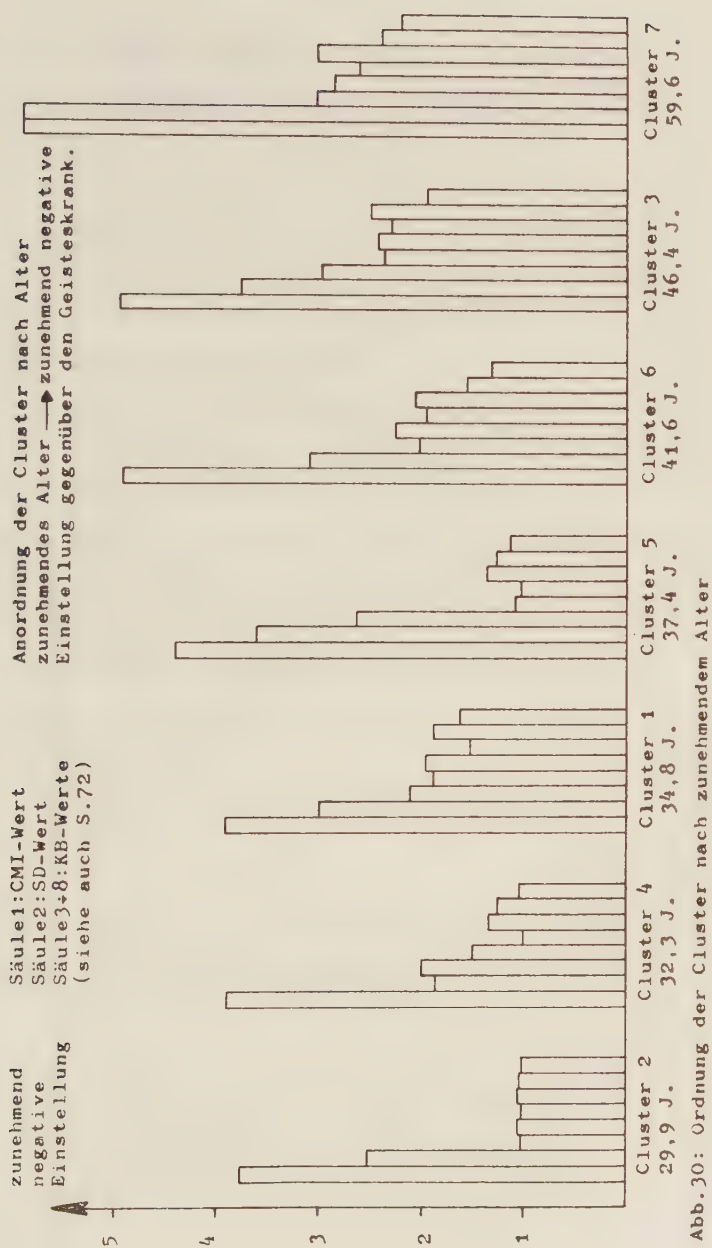
zeigt, vom Alter des jeweiligen Clusters deutlich wird.

Zur besseren Anschaulichkeit sind auf der folgenden Seite der Werte der CMI - Skala, der Skala der sozialen Distanz (SD) und der Fragen zur Kontaktbereitschaft (KB) in Säulenform aufgetragen und die Cluster nach ansteigendem Alter geordnet. Es zeigt sich dann eindrucksvoll, daß bei zunehmendem Alter die "negative" (kustodiale, distante, wenig kontaktbereite) Einstellung immer ausgeprägter wird (Abb. 30).

Ein Zusammenhang zwischen dem Ausmaß an negativer Einstellung und der Häufigkeit der Klinikaufnahmen läßt sich beim Vergleich der Cluster nicht feststellen (Abb. 31). Es zeigt sich also hier der gleiche Befund, wie er bereits oben bei dem Vergleich der Antworten von erstmals und mehrfach aufgenommenen Patienten beschrieben worden war, d.h., daß mit zunehmender Aufnahmefrequenz die negative Einstellung nicht (meßbar) geringer wird. Entsprechend bemerkte van WEERDEN-DIJKSTRA (57), daß tatsächlicher Kontakt mit "Geisteskranken" nicht in direktem Verhältnis zu einer positiven Einstellung ihnen gegenüber steht.

Wie oben bei der kritischen Würdigung der Methodik bereits angeführt, sind Einstellungen als sehr komplexe und vielschichtige Phänomene anzusehen.

Die Komplexität von Einflüssen bestimmter Parameter auf die Einstellungen von Individuen wird auch bei



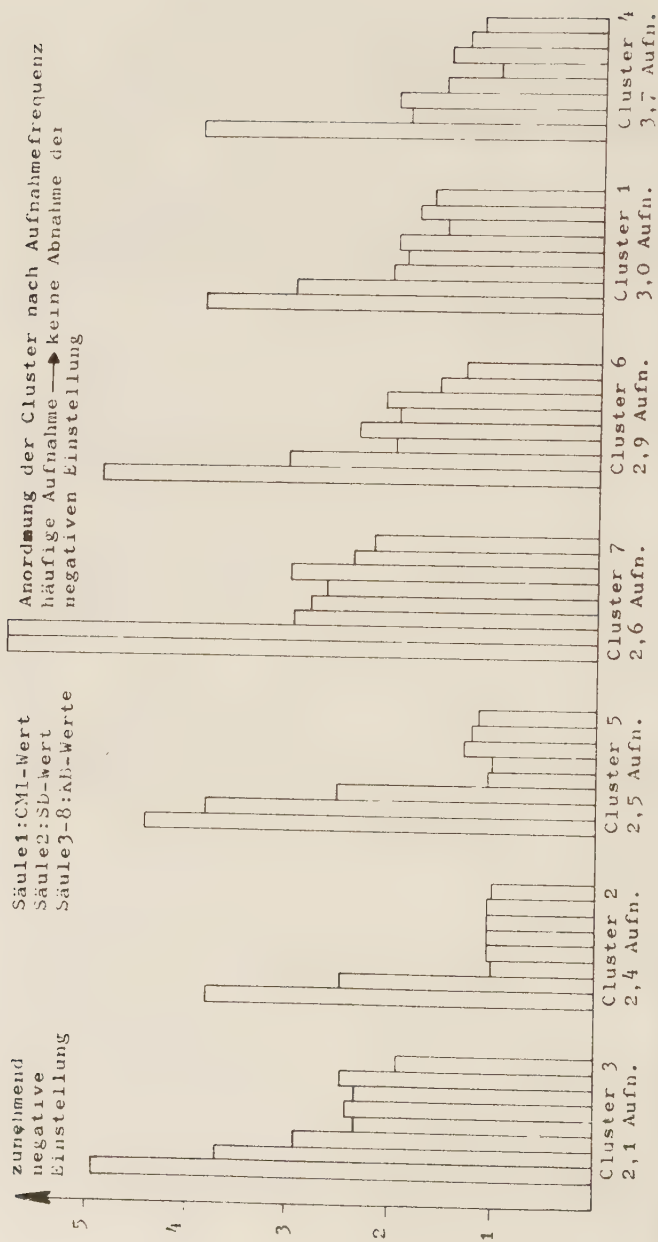


Abb. 31: Ordnung der Cluster nach Aufnahmehäufigkeit

dem Versuch deutlich, den Einfluß der Schulbildung, der Berufsausbildung und der beruflichen Stellung auf die Einstellungen zu eruieren.

Bei der Diskussion der Ergebnisse zur vierten Hypothese war oben bereits auf die unterschiedlichen Ansichten von verschiedenen Autoren über das Ausmaß des Einflusses des Bildungsstandes auf die Einstellungen eingegangen worden.

Im vorliegenden Material zeigt sich keine eindeutige Abhängigkeit der Einstellungen vom Bildungsstand (s. Abb. 33, 34 und 35).

Es muß also festgestellt werden, daß auch in der Cluster-Analyse nicht erkennbar wird, welchen Einfluß sozio-ökonomische Faktoren wie Schulbildung, Berufsausbildung und berufliche Stellung auf die Einstellung der befragten Patienten haben, es sei denn, man wollte annehmen, daß diese Faktoren völlig ohne Einfluß seien, was jedoch sehr unwahrscheinlich anmutet.

Abschließend kann also nur festgehalten werden, daß sich auch in der Cluster-Analyse die Abhängigkeit der Einstellung vom Alter findet, daß aber ein Einfluß der anderen bei der vorliegenden Untersuchung erfaßten Variablen (Schulbildung, Berufsausbildung, berufliche Stellung, Anzahl der Aufnahmen) sich nicht zeigen läßt.

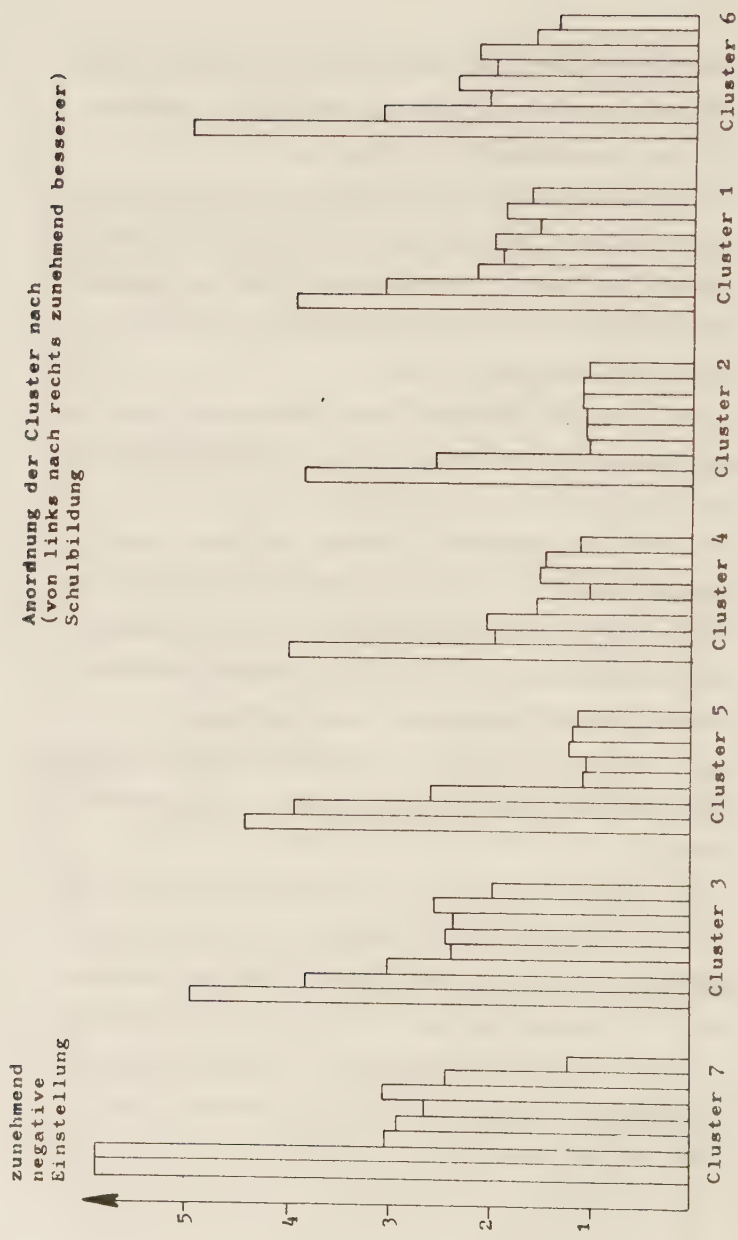


Abb. 32: Ordnung der Cluster nach Schulbildung

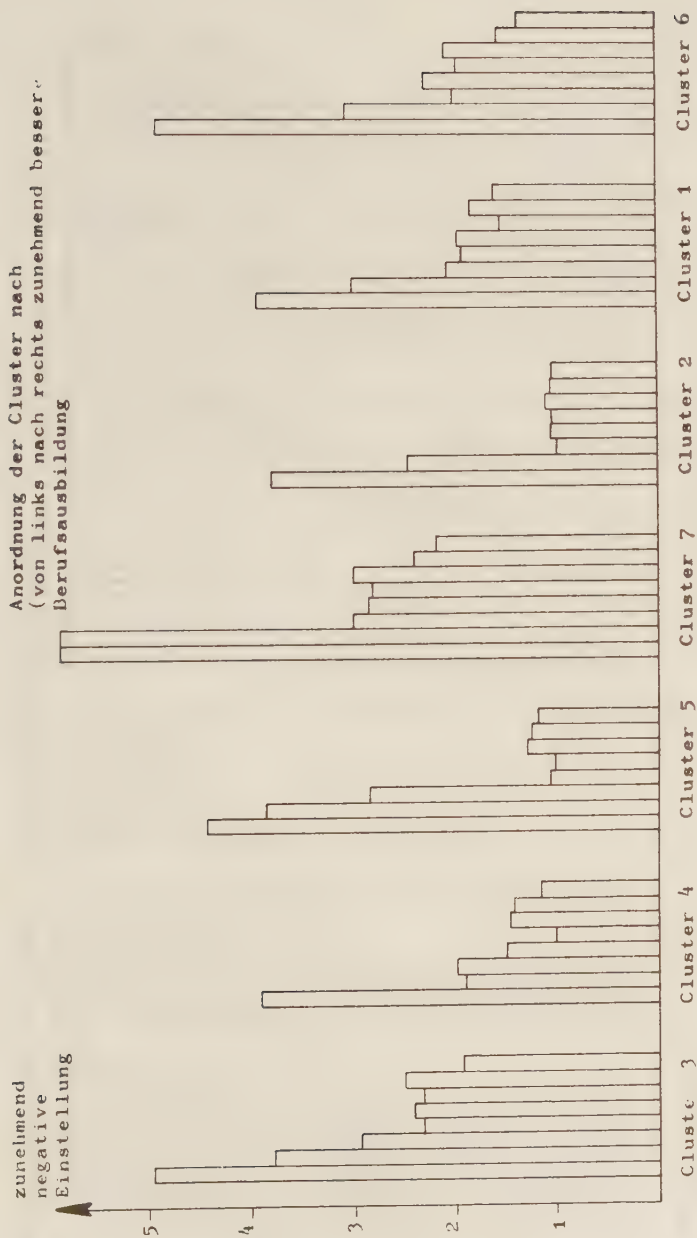


Abb. 33: Ordnung der Cluster nach Berufsausbildung

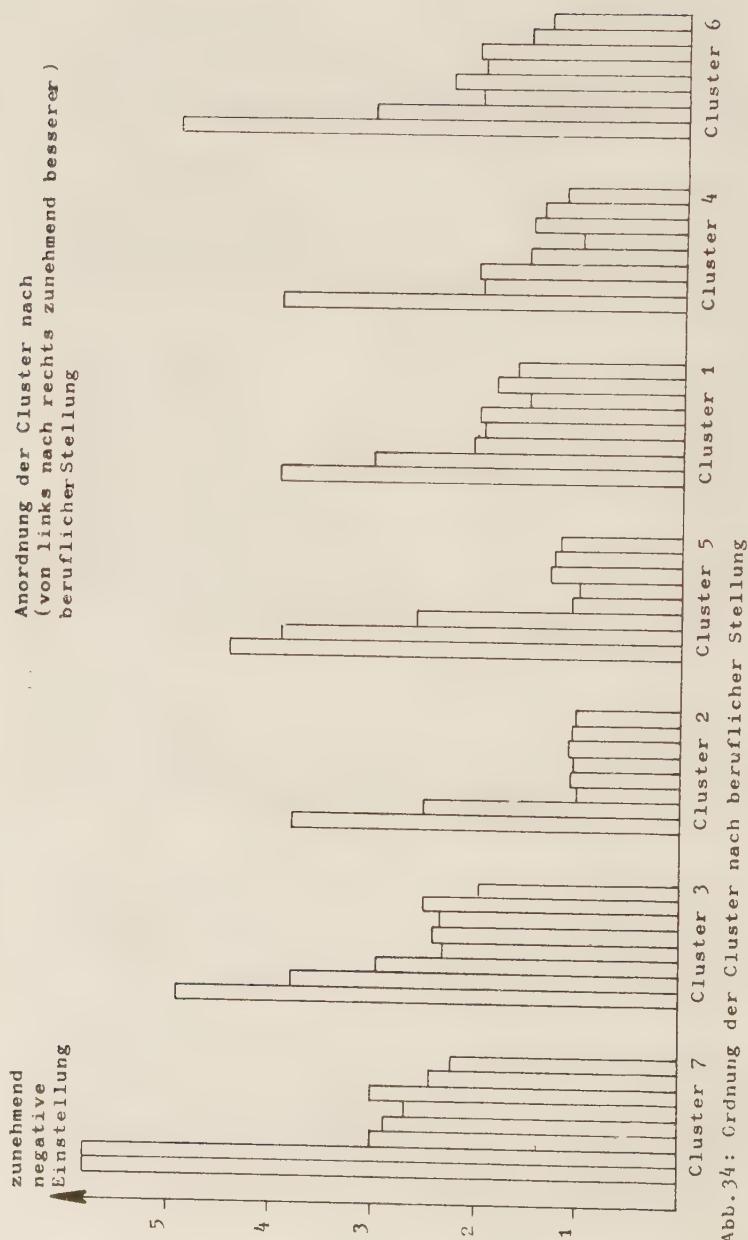


Abb. 34: Ordnung der Cluster nach beruflicher Stellung

V Zusammenfassung

175 Patienten der Psychiatrischen Universitätsklinik Berlin wurden 1971/72 in einem Zeitraum von 8 Monaten in der Woche nach ihrer Aufnahme in Gruppen zu 4 bis 6 Patienten zu ihrer Einstellung gegenüber "Geisteskranken" befragt. Es wurden dabei die Custodial Mental Illness Ideology Scale (CMI), die Skala der sozialen Distanz (SD), Fragen zur Kontaktbereitschaft (KB) und ein 30 - Item Polaritätsprofil (PP) zum "Geisteskranken", zum "Gesunden" und zum "Patienten einer Klinik wie dieser" benutzt.

Anhand der so gewonnenen Informationen wurden in einem ersten Schritt folgende Hypothesen überprüft, wobei zum Vergleich eine Befragung der Bremer Bevölkerung und eine Befragung des Personals der Psychiatrischen Klinik der FU Berlin dienten :

- 1) Erstmals aufgenommene Patienten unterscheiden sich in ihren Einstellungen nicht von der Öffentlichkeit.
- 2) Mehrfach aufgenommene Patienten unterscheiden sich in ihren Einstellungen von erstmals aufgenommenen.
- 3) Jüngere Patienten zeigen ein geringeres Maß an Ablehnung in ihren Einstellungen gegenüber "Geisteskranken" als ältere.
- 4) Patienten mit besserem sozio-ökonomischen Hintergrund sind in ihrer Einstellung gegenüber

psychisch Kranken weniger ablehnend als die schlechter gestellten Patienten.

- 5) Schizophrene haben eine strengere, mehr moralisierende Einstellung gegenüber "Geisteskranken" als Patienten anderer Diagnosegruppen.

Die Überprüfung der Ergebnisse erbrachte folgende Ergebnisse :

- 1) Die befragten Patienten zeigten im Vergleich zu den Kontrollgruppen eine deutlich positivere Einstellung gegenüber dem "Geisteskranken", so daß die erste Hypothese falsifiziert wurde. In der Diskussion wurde darauf hingewiesen, daß zwischen den beiden verglichenen Untersuchungen 5 Jahre liegen, daß landsmannschaftliche Unterschiede in den Einstellungen und daß demographische Differenzen die Vergleichbarkeit erschweren können.
- 2) Zwischen den erstmals und den mehr als dreimal aufgenommenen Patienten zeigte sich kein signifikanter Unterschied in den Einstellungen. Da sich andererseits ein Unterschied gegenüber der Normalbevölkerung fand, konnte angenommen werden, daß eine ausgeprägte Einstellungsänderung bei den befragten Patienten sich vor der ersten Klinikaufnahme vollzogen hat, während die Einstellung bei den folgenden Klinikaufnahmen stabil bleibt.

- 3) Bei einem Vergleich der unter 30jährigen Patienten mit den älteren Patienten zeigte sich eine positivere Einstellung der jüngeren Patienten, wobei zu diskutieren ist, wie weit dies auch Ausdruck einer größeren Flexibilität in der Meinungsäußerung und eines besseren Erfassens dessen sein könnte, was als "wünschenswerte Einstellung" angesehen wird.
- 4) Bei dem Vergleich von Gruppen von Patienten mit verschiedenem sozio-ökonomischem Hintergrund zeigte sich, daß die besser gestellten Patienten eine geringere soziale Distanz zeigten als die schlechter gestellten, ohne daß sich dies mit allen angewandten Verfahren nachweisen ließ.
- 5) Bei dem Vergleich der Antworten von Schizophrenen und Neurotikern zur Prüfung der letzten Hypothese ergaben sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen.

Um mehr als nur jeweils eine Variable für die Bildung von Gruppen als Merkmal zu benutzen, wurden in einem zweiten Schritt die Patienten mit Hilfe einer Cluster-Analyse zu 8 Clustern zusammengefaßt, wobei die Variablen CMI - Wert, SD - Wert zum "Geisteskranken" und KB - Werte zur Clusterbildung benutzt wurden.

Das 8. Cluster wurde wegen seiner geringen Besetzung und seiner nicht erklärbaren Andersartigkeit als

"Ausreißer" angesehen und nicht in die Diskussion einbezogen.

Beim Vergleich der 7 Cluster zeigte sich, daß

- 1) die einzelnen Cluster mit zunehmendem Alter in ihren Einstellungen gegenüber dem "Geisteskranken" negativer wurden, und daß
- 2) ein signifikanter Einfluß von Schulbildung, Berufsausbildung, beruflicher Stellung und Anzahl der Aufnahmen auf die Einstellung nicht nachweisbar war, so daß die Cluster-Analyse die im Auszählverfahren bei der Prüfung der 5 Hypothesen ermittelten Ergebnisse bestätigten.

VI Literaturverzeichnis

- 1) AMP (redig. durch SCHARFETTER, Ch.): Das AMP-System. Manual zur Dokumentation psychiatrischer Befunde. Springer, Berlin-Heidelberg-New York, 1972 (2. Aufl.)
- 2) BENTINCK, C.: Opinions about mental illness held by patients and relatives Family Process 6, 193-207, (1967)
- 3) BENTZ, W.K., EDGERTON, J.W.: The consequences of labelling a person mentally ill Soc. Psychiatr. 6, 29-33, (1971)
- 4) BEUTTENMÜLLER, U.: Das Bild des Geisteskranken aus der Sicht von 150 Patienten einer psychiatrisch-neurologischen Poliklinik Med. Diss. Tübingen (1972)
- 5) BOHR, R.H., HUNT, R.G.: A factor analytic study of the opinions of psychiatric patients about mental illness Int. J. Soc. Psychiat. 13, 269-274, (1967)
- 6) BOPP, J.: A quantitative semantic analysis of word association in schizophrenia Unpubl. doctor's diss., Univ. of Illinois, 1955, (zit. nach (41))
- 7) BROWN, J.S., WOOLRIDGE, P.J., van BRUGGEN, Y.: Interpersonal relations among psychiatric patients: The determinants of social attractiveness J. Health Soc. Behav., 14, 51-60, (1973)
- 8) BROWN, J.S., WOOLRIDGE, P.J.: Interpersonal attraction among psychiatric patients: Patterns of interaction and choice J. Health Soc. Behav., 14, 299-311, (1973)
- 9) CAINE, T.M., SMAIL, D.J.: Attitudes of psychiatric patients to staff roles and treatment methods in mental hospitals Brit. J. med. Psychol. 41/3, 291-294, (1968)
- 10) de CAROZZO, G.: Ein Versuch zur Erforschung der Einstellung gegenüber psychisch Kranken Soc. Psychiat. 6, 34-39, (1971)
- 11) CRUMPTON, E., WEINSTEIN, D., ACKER, C.W., ANNIS, A.P.: How patients and normals see the mental patient J. Clin. Psychol. 23/1, 46-49, (1967)

- 12) CUMMING, E., CUMMING, J.: Closed ranks: an experiment in mental health education
Harvard Univ. Press, Cambridge 1967
- 13) ERNST, K., EGLOFF, A.: Freiwilligkeit und Zwang bei 200 psychiatrischen Klinikaufnahmen
Nervenarzt 45, 178-182, (1974)
- 14) FRACCHIA, J., SHEPPARD, C., PINTYR, J., CROVELLO, J., MERLIS, S.: Personal adjustment and authoritarian attitudes toward the mentally ill
Psychol. Rep. 31, 483-486, (1972)
- 15) FREEMAN, H.E., KASSEBAUM, G.G.: Relationship of education and knowledge to opinions about mental illness
Ment. Hyg. 44, 43-47, (1960)
- 16) GILBERT, D.C., LEVINSON, D.J.: Ideology, personality, and institutional policy in the mental hospital
J. abnorm. soc. Psychol. 53, 263-271, (1956), (zit. nach: 45)
- 17) GIOVANNONI, J.M., ULLMANN, L.P.: Conceptions of mental health held by psychiatric patients
J. clin. Psychol. 19, 398-400, (1963)
- 18) GOEBELS, W., SCHEURLE, G.: Der Psychiater aus der Sicht seiner Patienten
Das ärztliche Gespräch 12, 54-62, (1970)
- 19) GRUNT, M.: Aspekte informeller Etikettierung und Sanktionierung psychisch abweichenden Verhaltens
Kölner Z. Soziol. Sozialpsychol. 25/2, 365-385, (1973)
- 20) HAUCK, G.: Die Einstellung der Bevölkerung zur Epilepsie in USA und Deutschland
Nervenarzt 39, 181-183, (1968)
- 21) HOFFMANN, E.T.A.: Lebensansichten des Katers Murr nebst fragmentarischer Biographie des Kapellmeisters Johannes Kreisler in zufälligen Makulaturblättern
p. 172, Dümmler, Berlin, 1828
- 22) HOFSTÄTTER, P.R.: Sozialpsychologie
p. 59, deGruyter, Berlin, 1964
- 23) IMRE, P., WOLF, S.: Attitudes of patients and personnel toward mental hospitals
J. clin. Psychol. 28, 232-234, (1962)
- 24) JAECKEL, M., WIESER, S.: Studien zur "unsichtbaren Schranke" bei psychisch Kranken
Soc. Psychiat. 2, 100-106, (1967)

- 25) JAECKEL, M., WIESER, S.: Das Bild des Geistes-
kranken in der Öffentlichkeit
Thieme, Stuttgart, 1970
- 26) JOHNSON, S.C.: Hierarchical clustering
schemes
Psychometrica 32, 241-254, (1967)
- 27) KAHANA, E., COE, R.M.: Self and staff con-
ceptions of institutionalised aged
Gerontologist 9, 264-267, (1969)
- 28) KAHN, M.W., JONES, N.F.: A factorial study of
patient attitudes toward mental
illness and psychiatric hospitali-
sation
J. clin. Psychol. 19, 235-241, (1963)
- 29) KAHN, M.W., JONES, N.F.: A comparison of
attitudes of mental patients from
various mental hospital settings
J. clin. Psychol. 25, 312-316, (1969)
- 30) KRECH, D., CRUTCHFIELD, R.S.: Elements of
psychology
p. 681, Knopf, New York, 1959
- 31) KRISTOF, W.: Statistische Prüfverfahren zur Be-
urteilung von Testprofilen
Z. exp. angew. Psychol. 5,
520-533, (1958)
- 32) KURTZ, N., KURTZ, R., HOFFNUNG, R.: Attitudes
toward the lower and middle-class
patient as a function of authorito-
rianism among mental health students
J. cons. clin. Psychol. 35, 338-341,
(1970)
- 33) LAINE, A., LEHTINEN, V.: Attitudes toward mental
illness and their relationship to
social structure and mental hospital
bed utilisation in two Finnish rural
communities
Soc. Psychiat. 8, 117-123, (1973)
- 34) LEVINE, D.: A cross-national study of attitudes
toward mental illness
J. abnorm. Psychol. 80, 111-114,
(1972)
- 35) LINN, L.S.: The mental hospital from the patient
perspective
Psychiatry 31, 213-223, (1968)
- 36) LOWENKOPF, E., GREENSTEIN, M.: How State Hospi-
tal patients view their illness
Dis. nerv. Syst. 33, 679-683, (1972)
- 37) LUNDSTEDT, S., BROWN, B.S., DAMANKOS, F.J.:
Social awareness of psychiatric and
non-psychiatric patients
Soc. Psychiat. 4, 63-66, (1969)
- 38) MANIS, M., HOUTS, P., BLAKE, J.: Beliefs about
mental illness as a function of psy-
chiatric status and psychiatric
hospitalisation
J. abnorm. soc. Psychol. 67, 226-233,
(1963)

- 39) MARX, R.: Psychiatrische Laien sehen ein psychiatrisches Großkrankenhaus
Kölner Z. Soziol. Sozialpsychol. 25/2, 350-364, (1973)
- 40) MORGAN, R., CHEADLE, A.J.: Staff versus patients: The phenomenon of rejection
Brit. J. Psychiat. 121, 627-634, (1972)
- 41) NUNNALLY, J.C.: Popular conceptions of mental health
Holt, Rinehart and Winston, New York, 1961
- 42) OSGOOD, C.E., SUCI, G.J., TANNENBAUM, P.H.: The measurement of meaning
Univ. of Illinois Press, Urbana/Ill., 1965
- 43) RAMSEY, G.V., SEIPP, M.: Attitudes and opinions concerning mental illness
Psychiat. Quart. 22, 428-444, (1948)
- 44) REINHARDT-SCHNADT, H.: Einstellung der Bevölkerung zu psychisch Kranken
Kölner Z. Soziol. Sozialpsychol. 25/2, 336-349, (1973)
- 45) SCHNEIDER, U., WIESER, S.: Der psychisch Kranke in den Massenmedien - Ergebnisse einer Inhaltsanalyse
Fortschr. Neurol. Psychiat. 40, 136-163, (1972)
- 46) SHAW, M.E., WRIGHT, J.M.: Scales for the measurement of attitudes
pp. 108-111, McGraw-Hill Book Comp., New York, 1967
- 47) SIMMONS, W.L., Tyler, F.B.: Length of hospitalisation as a function of patients' conceptions of therapists
J. clin. Psychol. 25, 332-338, (1969)
- 48) SOULEM, O.: Mental patients' attitudes toward mental hospitals
J. clin. Psychol. 11, 181-185, (1955)
- 49) SPIRO, H.R., SIASSI, I., CROCETTI, G.: Ability of the public to recognise mental illness: an issue of substance and an issue of meaning
Soc. Psychiat. 8, 32-36, (1973)
- 50) STARR, S.A.: The publics ideas about mental illness
Paper presented to the annual meeting of the national association for mental health
Indianapolis, 1955
- 51) STUMME, W.: Was heißt Geisteskrankheit?
Nervenarzt 41, 294-298, (1970)

- 52) STUMME, W.: Das Bild vom psychisch Gestörten und seinem Therapeuten in den Massenmedien
Praxis Psychother. 18, 193-199, (1973)
- 53) STUMME, W.: Zur Relevanz eines sozialwissenschaftlichen Paradigmas
Kölner Z. Soziol. Sozialpsychol. 25/2, 368-402, (1973)
- 54) STUMME, W.: Psychische Erkrankungen im Urteil der Bevölkerung
Urban & Schwarzenberg, München-Berlin, 1975
- 55) THORSON, J.A., WHATLEY, L., HANCOCK, K.: Attitudes toward the aged as a function of age and education
Gerontologist, 316-318, (1974)
- 56) THORSON, J.A.: Attitudes toward the aged as a function of race and social class
Paper presented to the section on Psychological and Social Sciences of the Gerontological Society, Portland/Oregon, 1974
- 57) van WEERDEN-DIJKSTRA, J.R.: The attitude of the population towards the mentally ill
Psychiat. Neurol. Neurochir. 75, 95-106, (1972)
- 58) WEINSTEIN, R.M., BRILL, N.Q.: Social class and patients' perceptions of mental illness
Psychiat. Quart. 45, 35-44, (1971)
- 59) ZASLOVE, M.O., UNGERLEIDER, J.T., FULLER, M.C.: How psychiatric hospitalisation helps: Patient views vs. staff views
J. nerv. ment. Dis. 142, 568-576, (1966)

Anhang 1 bis 4: die verwendeten Fragebogen

Anhang 1: Anweisungsblatt und Fragen der
Custodial Mental Illness Ideology Scale (C)

Wir möchten Ihre ganz persönliche Meinung zu dem Problem "geisteskrankte Patienten" erfahren. Dazu haben wir auf einem Fragebogen 20 Behauptungen zusammengestellt. Sie sollen nun feststellen, ob diese Behauptungen mit Ihrer persönlichen Meinung übereinstimmen oder ob Sie anderer Ansicht sind. Sie sollen sagen, in welchem Maße Sie den 20 verschiedenen Behauptungen zustimmen bzw. nicht zustimmen. Bitte schreiben Sie in den Kreis hinter jeder Frage den Kennbuchstaben für die Antwort, die Ihrem Gefühl nach am ehesten zutrifft. Die Buchstaben haben folgende Bedeutung:

- A Ich stimme völlig zu
- B Ich stimme weitgehend zu
- C Ich stimme ein bißchen zu
- D Ich bin ein bißchen anderer Meinung
- E Ich bin weitgehend anderer Meinung
- F Ich bin völlig anderer Meinung

- 1 Nur Personen mit gründlicher psychiatrischer Ausbildung sollte es erlaubt sein, engen Umgang mit Geisteskranken zu haben.
- 2 Man sollte verhindern, daß die mehr gestörten Patienten mit den weniger kranken zusammen kommen.
- 3 Sobald jemand Anzeichen von Geisteskrankheit zeigt, sollte er in ein Krankenhaus eingewiesen werden.
- 4 Geisteskrankheit ist eine Krankheit wie jede andere auch.
- 5 Enger Umgang mit Geisteskranken kann bewirken, daß selbst ein normaler Mensch zusammenbricht.
- 6 Es wäre zwar noch einiges zu verbessern, im großen und ganzen aber sind die Bedingungen in den Nervenkliniken sehr gut, wenn man bedenkt, welche Art von Patienten hier untergebracht ist.
- 7 Wir sollten mit geisteskranken Patienten mitfühlen, aber wir können nicht erwarten, daß wir ihr seltsames Benehmen verstehen.
- 8 Eine der Hauptursachen der Geisteskrankheiten ist mangelnde Charakterstärke.
- 9 Wenn ein Geisteskranker aus dem Krankenhaus entlassen worden ist, kann man von ihm erwarten, daß er seine Pflichten genauso erfüllt wie andere Menschen auch.

- 10 Abnorme Menschen werden von ihren Gefühlen beherrscht, Normale handeln nach ihrem Verstand.
- 11 Ein Geisteskranker ist nicht in der Lage Entscheidungen zu treffen, auch nicht über alltägliche Probleme.
- 12 Geisteskranke werden oft im Krankenhaus belassen, obwohl sie schon längst wieder draußen zurechtkämen.
- 13 In ihrem Äußeren haben Geisteskranke nichts, was Unterschiede zwischen ihnen und normalen Menschen leicht erkennbar macht.
- 14 Wenn überhaupt, so sind nur ganz wenige Patienten zu echten freundschaftlichen Beziehungen fähig.
- 15 Wenn man sich den Geisteskranken gegenüber nicht äußerst vorsichtig verhält, sind sie fast alle fähig, einen anzugreifen.
- 16 Patienten, die nicht Gesund werden, haben das allein sich selbst zuzuschreiben; in den meisten Fällen haben sie nicht genügend guten Willen gezeigt.
- 17 "Einmal ein Schizophrener, immer ein Schizophrener"
- 18 Geisteskranke benötigen dieselbe Kontrolle und Disziplin wie ein unerzogenes Kind.
- 19 Von wenigen Ausnahmen abgesehen, sind die meisten Geisteskranken nicht fähig, Recht und Unrecht zu unterscheiden.
- 20 Beim Experimentieren mit neuen Methoden der Krankenhausbehandlung muß man vor allen Dingen die Sicherheit der Patienten und des Personals im Auge behalten.

Anhang 2: Skala der sozialen Distanz (SD)

zum "Geisteskranken", Asozialen und zum Verbrecher

Bitte kreisen Sie die Nummer derjenigen Feststellung ein,
die Ihrem Gefühl am ehesten entspricht.

- 1 Ich könnte ihn als Ehepartner akzeptieren
- 2 Ich könnte ihn als Freund akzeptieren
- 3 Ich könnte ihn als Nachbarn akzeptieren
- 4 Ich wollte keinen Umgang mit ihm haben
- 5 Ich wäre dafür, daß er in eine Anstalt kommt
- 6 Ich wäre dafür, daß er auf jeden Fall getrennt
von anderen Menschen lebt
- 7 Ich wünschte, daß er stirbt

Anhang 3: Fragen zur Kontaktbereitschaft (KB)

Bitte lesen Sie sich die folgenden Fragen nacheinander durch, und geben Sie zu jeder an, ob Sie für Sie zutrifft oder nicht. Machen Sie jeweils einen Kreis um das "ja", "unter Umständen" oder "nein".

- | | | | |
|--|----|-----------------|------|
| 1 Würden Sie Ihre Kinder einem ehemaligen Patienten einer Nervenklinik zur Aufsicht anvertrauen? | ja | Unter Umständen | nein |
| 2 Wären Sie damit einverstanden, daß jemand in Ihre Familie einheiratet, der in einer Nervenklinik gewesen ist? | ja | unter Umständen | nein |
| 3 Wären Sie damit einverstanden, mit jemandem in einer Wohnung zusammenzuleben, der in einer Nervenklinik gewesen ist? | ja | unter Umständen | nein |
| 4 Würden Sie akzeptieren, daß jemand Ihr Vorgesetzter wird, der in einer Nervenklinik gewesen ist? | ja | unter Umständen | nein |
| 5 Wenn Sie eine Wohnung zu vermieten hätten, würden Sie jemand als Mieter nehmen, der in einer Nervenklinik gewesen ist? | ja | unter Umständen | nein |
| 6 Wenn Sie Arbeitgeber wären, würden Sie jemand einstellen, der in einer Nervenklinik gewesen ist? | ja | unter Umständen | nein |

Anhang 4: Polaritätsprofile (PP)

zum "Geisteskranken", Gesunden und zum
"Patienten einer Nervenlinik wie dieser"

	sehr	ziemlich	etwas	weder noch	etwas	ziemlich	sehr
<u>fleißig</u>							faul
<u>gefährlich</u>							harmlos
<u>zuverlässig</u>							unzuverlässig
<u>stark</u>							schwach
<u>wertlos</u>							wertvoll
<u>laut</u>							leise
<u>fremdartig</u>							gleichartig
<u>passiv</u>							aktiv
<u>beruhigend</u>							beunruhigend
<u>aggressiv</u>							friedlich
<u>berechenbar</u>							unberechenbar
<u>starr</u>							beweglich
<u>angesehen</u>							verachtet
<u>vernünftig</u>							unvernünftig
<u>verschwiegen</u>							klar
<u>aufrichtig</u>							unaufrichtig
<u>störend</u>							angenehm
<u>begabt</u>							unbegabt
<u>verständlich</u>							unverständlich
<u>gut</u>							schlecht

An dieser Stelle möchte ich Herrn Professor Helmchen für die Überlassung des Themas danken und besonders für die Bereitschaft, mit der er geduldig diese Arbeit in Diskussionen über problematische Fragen betreut hat.

Herrn Professor O.T. Schlosser danke ich für seine Hilfe bei allen Rechenvorgängen, besonders bei der Cluster - Analyse.

Frau Dr. Gebhardt schließlich möchte ich danken für ihre hilfreichen Hinweise im methodischen Bereich.

L e b e n s l a u f

Am 21.6.1940 wurde ich als Sohn des Chemikers Dr.rer.nat. Roland Urban und seiner Ehefrau Irmgard, geb. v. Unruh, in Frankfurt/M. geboren.

Nach vierjähriger Grundschulzeit besuchte ich das Gymnasium zu Berlin-Steglitz, wo ich 1961 die Reifeprüfung bestand. Anschließend studierte ich in Berlin und Heidelberg Medizin und legte in Berlin im August 1968 das Staatsexamen ab.

Nach Medizinal-Assistentenzeit, einem Auslandsaufenthalt in Mittel-Amerika und Tätigkeit als Assistenzarzt in der Neurologischen Abteilung des Städt. Auguste-Viktoria-Krankenhauses in Berlin-Schöneberg trat ich 1972 eine Stelle als Assistent an der Psychiatrischen Klinik der FU Berlin an, wo ich noch heute tätig bin.

